# PRZEGLĄD PEDYATRYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

wydawany przez zespół lekarzy, w którego skład wchodzą:



Redaktorzy: Dr. L. ANDERS i Dr. J. BRUDZIŃSKI.

Wydawca: Dr. T. KOPEĆ.

Adres Redakcyi
Włodzimierska 9.

Adres Administracyi
Koszykowa 45.

TOM VI — ZESZYT I
styczeń — luty 1914 r.

WARSZAWA

Druk K. Kowalewskiego, Piękna 15.

**Tom VI.** **Rok 1914.** **Zeszyt I.**

# PRZEGLĄD PEDYATRYCZNY

## DWUMIESIĘCZNIK

Redaktorzy: D-r L. ANDERS i D-r J. BRUDZIŃSKI
Wydawca: D-r T. KOPEĆ

Adres Redakcyi Włodzimierska 9. Adres Administracyi Koszykowa 45.



## TREŚĆ:

Prace oryginalne:

*H. Przedpełska.* Badania płynu mózgowo - rdzeniowego u dzieci obarczonych przymiotem.

*St. Ostrowski.* Znaczenie mleka larosanowego w dyetetyce niemowląt.



Spostrzeżenia z praktyki.
Wykłady kliniczne.
Oceny.
Streszczenia.




Ruch pedyatryczny w towarzystwach.
Przegląd piśmiennictwa pedyatrycznego polskiego.
Wiadomości lecznicze i drobne.
Wiadomości bieżące.

# REVUE DE PÉDIATRIE

## JOURNAL BIMENSUEL POLONAIS

paraissant à Varsovie sous la rédaction
des D-rs L. ANDERS et J. BRUDZIŃSKI.

Administration du journal: Varsovie, 45 rue Koszykowa, D-r T. KOPEĆ.

## SOMMAIRE DU № I — TOME VI

Mémoires originaux:

*H. Przedpełska.* Le liquide céphalo-rachidien chez les enfants syphilitiques.

*St. Ostrowski.* Sur la valeur du Larosan dans la diéthétique des nourissons.

Recueil de faits.
Revue générale.
Analyses
Comptes rendus de la Société médicale de Varsovie et de Lodz — Séances pédiatriques, etc...





## WARUNKI PRENUMERATY:

Rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3.

**Z przesyłką pocztową:**

Rocznie rb 7, półrocznie rb. 3 kop. 50.

Cena zeszytu pojedyńczego rb. 1 kop. 25.

---

**Autorzy artykułów oryginalnych otrzymują 30 odbitek.**

---

CENA OGŁOSZEŃ za wiersz petytowy lub jego miejsce:

na okładce, str. 2, 3, 4-ta po kop. 40,

na stronicach dodanych za tekstem po kop. 30.

UWAGA: Stronica zawiera 60 wierszy petytowych, najmniejsze ogłoszenie 10 wierszy.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya „Przeglądu Pedyatrycznego“.

Warszawa, Koszykowa 45 m. 5. Telefon 78-90.

Ze szpitala dla dzieci im. Karoliny w Wiedniu (Dyrektor prof. dr. W. Knoepfelmacher).

# Badania płynu mózgowo-rdzeniowego u dzieci, obarczonych przymiotem *).

Podała

**Dr Halina Przedpełska.**

Pracując w szpitalu dziecięcym, pozostającym pod kierunkiem prof. Knoepfelmacher'a w Wiedniu, miałam sposobność badać płyn mózgowo-rdzeniowy dzieci, dotkniętych kiłą dziedziczną; poniżej pomieszczam otrzymane przezemnie wyniki. Wobec bogatego piśmiennictwa, omawiającego zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w kile, poprzestaję na krótkiem streszczeniu wyników dotychczasowych badań.

Sicard i Ravaut zapoczątkowali badania cytologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego — przedewszystkiem w wiądzie rdzenia — następnie w kile, w okresie drugo- i trzeciorzędnym. Na mocy spostrzeżeń własnych Ravaut twierdzi, że zwiększona ilość komórek w płynie mózgowo-rdzeniowym jest zawsze wyrazem sprawy kiłowej, rozwijającej się w układzie nerwowym, i że pozostałe zmiany ustępują pod wpływem leczenia swoistego. Twierdzenie to jest tem pewniejsze, o ile takie powiększenie się ilości komórek ma miejsce u dziecka rodziców, dotkniętych kiłą.

*) Pracę nadesłano do redakcyi w d. 5. VII. 1913 r.

Z 54 przypadków kiły utajonej, w okresie objawów drugorzędnych, przy braku zmian skórnych — w 7 przypadkach znalazł Ravaut zwiększoną ilość komórek; w 55 przypadkach, z wysypką i innemi zmianami swoistemi skóry, zwiększenie się ilości komórek występowało 41 razy. Z prac Monod'a, Sicard'a, Ravaut'a i Babińskiego wynika, że zwiększenie liczebne komórek w płynie mózgowo-rdzeniowym występuje we wszystkich przewlekłych podrażnieniach opon mózgowo-rdzeniowych, rozwijających się na tle kiłowem. Nageotte i Jamet stwierdzili też zwiększenie się ilości komórek nietylko w kile nabytej, lecz, rzadziej wprawdzie, i w dziedzicznej. Nonne i Apelt przytaczają 30 przypadków kiły w okresie trzeciorzędnym — z tych w 24 przypadkach wyniki badania były dodatnie, i 17 przypadków kiły dziedzicznej, która stale dawała im zwiększenie się ilości komórek. W późniejszych swych pracach Nonne zaznacza, że zwiększenie się ilości limfocytów w kile mózgowo-rdzeniowej jest zjawiskiem prawie stałem. Kretschmer przytacza 4 przypadki kiły dziedzicznej późnej, z których 3 ze zwiększeniem się ilości komórek; Szécsi podaje 4 przypadki kiły mózgowo-rdzeniowej u dorosłych — z trzema wynikami dodatnimi, 1 przypadek kiły dziedzicznej i wątłości u dwunastoletniego dziecka — ze zwiększeniem się ilości komórek; w 3 przypadkach wodogłowia i głupowatości (imbecillitas) stwierdził tylko raz jeden nieznaczne zwiększenie się ilości komórek. Przypuszcza on, że zwiększenie się ilości komórek w płynie mózgowo-rdzeniowym może towarzyszyć kile układu nerwowego, brak zaś takowego nie wyklucza bynajmniej kiły. Gernaro Sisto, badając płyn mózgowo-rdzeniowy u osobników z kiłą dziedziczną, znajdował w przypadkach poszczególnych zwiększenie się ilości komórek, znikało ono po zastosowaniu leczenia właściwego. Niestałe występowanie zwiększenia się ilości komórek tłomaczy on tem, że jakoby układ nerwowy dzieci, obarczonych kiłą dziedziczną, trudniej podlegał uszkodzeniom, niż to daje się zauważyć u dorosłych. Sorentino Urbano ogłosił wynik swych badań, przeprowadzonych nad 26 kiłowymi. Płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał zwiększoną liczbę komórek: u chorych z wiądem rdzenia — nawet w okresie po-

czątkowym (Tabes dorsalis incipiens), u chorych z poszczególnymi objawami nerwowymi, przemawiającymi na korzyść schorzenia układu nerwowego ośrodkowego. U osobników, u których istnienie sprawy kiłowej w układzie nerwowym ośrodkowym mogło być wykluczone—zwiększenie się ilości komórek było stwierdzone 5 razy zpośród 12 badanych przypadków. Tobler u 14 niemowląt z kiłą dziedziczną, bez jawnych objawów nerwowych, otrzymał w 85% wynik dodatni. Marcus przytacza jeden przypadek z wyraźnymi objawami drugorzędnymi, bez bólu głowy i zmian w układzie nerwowym. Odczyn Wassermann'a + + +, Nonne „Faza I" dodatni. Ilość komórek wzmożona. Na mocy tych danych rozpoznał kiłę mózgową. Widzimy więc z tego, że badanie płynu mózgowo-rdzeniowego może służyć za objaw pomocniczy w sprawie różniczkowania rozpoznawczego.

Spostrzeżenia nasze dotyczą 10-ciorga dzieci, w wieku od 6½ miesięcy do lat 13. Płyn mózgowo-rdzeniowy był badany drobnowidzowo; wykonywane też były odczyny Wassermann'a i Nonne-Apelt'a.

Obliczenie ilości komórek w 6 przypadkach przeprowadzone było w różnych polach mikroskopu; płyn użyty był wirowany. W 3 przypadkach posiłkowaliśmy się kamerą Fuchs'a i Rosenthal'a — w 1 przypadku, (Spostrz. III), zakończonym śmiertelnie przed kilku laty, ilość komórek była określona w przybliżeniu. Do płynu mózgowo-rdzeniowego dodawaliśmy 2% roztworu formaliny, a to w celu zabezpieczenia komórek od rozpadu. Obliczaliśmy komórki wedle metody Fuchs'a i Rosenthal'a. Płyn mózgowo-rdzeniowy, badany w kamerze, brano bezpośrednio po nakłuciu, bez wirowania Do 0,5 cm³ 2% roztworu formaliny dodawano 4,5 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego.

## PRZYPADKI POSZCZEGÓLNE.

I. Egon R. 6½ m.

Kiła dziedziczna.

Poraz pierwszy przebywał w szpitalu, mając 1½ m., na skutek kiłowego zapalenia okostnej.

Odczyn Wassermann'a dodatni (z krwi).

Wypisany z polepszeniem, lecz z dodatnim odczynem Wassermann'a po zastosowaniu neosalvarsanu.

Powtórnie przyjęty w wieku 6½ m. Wysypka grudkowato-plamista. Złogi w okostnej. Lekkie kurczowe kiwanie głową (Spasmus nutans). Źrenice oddziaływują żywo na światło i nastawienie — chwilami wyraźne, drobnofalowe drżenie kołujące gałek ocznych, szczególniej przy patrzeniu się na zewnątrz, w pozycyi leżącej *). Gałki oczne zdają się być skierowane nieco ku dołowi. Po zastosowaniu neosalwarsanu drżenie gałek znikło — dziecko opuściło szpital wyleczone.

Płyn mózgowo-rdzeniowy — przezroczysty.
Odczyn Wassermann'a — ujemny.
Odczyn Nonne-Apelt'a „Faza I" — ujemny.
Wybitne zwiększenie się ilości limfocytów (83 komórki w 1 $mm^3$)

II. Anna Marya R., 2 lata.
Kiła dziedziczna. Zapalenie płuc.
Odczyn Wassermann'a (z krwi) — dodatni.
Płyn mózgowo-rdzeniowy — przezroczysty.
Odczyn Wassermann'a — ujemny.
Odczyn Nonne „Faza I" — ujemny.
7 komórek w 1 $mm^3$ — wartość pograniczna.

III. Aurelia B, 2½ roku.
Kiła dziedziczna. Porażenie połowicze. Zapalenie kiłowe błony wewn. tętnic. Wylew krwawy (?) Kilak (?)
Odczyn Wassermann'a (z krwi) — dodatni
Płyn mózgowo-rdzeniowy — przezroczysty.
W osadzie liczne białe ciałka krwi, prawie wyłącznie limfocyty.
Odczyn Wassermann'a — dodatni.
Odczyn Nonne „Faza I" — dodatni.

IV. Amelia Sch., 6 lat.
Kiła dziedziczna utajona. Głupowatość. Liszajec (impetigo).
Odczyn Wassermann'a ++ (2 razy dodatni).
Płyn mózgowo-rdzeniowy — przezroczysty.
Odczyn Wassermann'a — ujemny.
Odczyn Nonne „Faza I" — ujemny.

Liczenie było wykonane w 25 różnych polach mikroskopu. Przeciętna ilość komórek w polu—3. Frenkel, Szécsi przypuszczają, że normalny płyn mózgowo-rdzeniowy nie zawiera żadnych komórek. Sicard, Ravaut uważają 3—4 limfocyty w polu widzenia za zjawisko normalne. Curschman twierdzi, że można wtedy dopiero mówić o zwiększeniu się ilości limfocytów, gdy ilość przeciętna komórek w polu mikr. przewyższa 4—5.

---

*) Kraepelin uważa drżenie gałek ocznych (nystagmus) u dzieci za objaw, znacznie wyprzedzający wybuch obłąkania kiłowego.

V. Gustaw B., 7 lat.

Kiła dziedziczna. Początek wiądu rdzenia. Lewa źrenica nie oddziaływa, prawa—oddziaływa słabo. Lewa źrenica nieco nierówna, cokolwiek szersza od prawej.

Odczyn Wassermann'a (z krwi) — dodatni.

Płyn mózgowo-rdzeniowy — przezroczysty, ciśnienie bardzo silne.

Odczyn Wassermann'a — dodatni.

Odczyn Nonne „Faza I" — ujemny.

Komórki policzone w 20 różnych polach mikrosk. Przeciętna ilość komórek w poszczególnych polach — 7 do 8; prawie wyłącznie limfocyty.

VI. Stefania B., 9 lat.

Kiła dziedziczna. Poczynający się wiąd rdzenia. Żółtaczka nieżytowa.

Odczyn Wassermann'a (z krwi) — dodatni.

Źrenice położone odśrodkowo, rozszerzone. Prawa nieco szersza, niż lewa; na światło oddziaływa bardzo leniwie — lewa jeszcze słabiej. Odruchy kolanowe i ze ścięgen Achilles'a obustronnie zniesione.

Płyn mózgowo-rdzeniowy — przezroczysty; ciśnienie umiarkowane.

Odczyn Wassermann'a — dodatni.

Odczyn Nonne „Faza I" — z lekka dodatni.

W 50 różnych polach — 36 komórek.

Stosunek limfocytów do ciałek białych wielojądrzastych — 9 : 1.

Szécsi twierdzi, że w płynie mózgowo-rdzeniowym, o ile wogóle znajdują się jakiekolwiek komórki, można spotkać: małe limfocyty — niekiedy pojedyncze duże komórki, przypominające limfocyty (Limphoide Zellen).

VII. Tadeusz H., 9 lat.

Kiła dziedziczna utajona.

Odczyn Wassermann'a (z krwi) — 2 razy dodatni.

Płyn mózgowo-rdzeniowy — przezroczysty.

Odczyn Wassermann'a — ujemny.

Komórki liczone były w 25 różnych polach mikroskopowych. Przeciętna ilość w oddzielnym polu — 3 do 4.

12% ciałek białych wielojądrzastych.

88% limfocytów.

VIII. Rudolf H, 10 lat.

Kiła wrodzona. Kiłowe zapalenie okostnej obu piszczeli. Blizny na wargach.

Odczyn Wassermann'a we krwi: 1) dodatni; 2) ujemny.

Płyn mózgowo-rdzeniowy — przezroczysty, ciśnienie małe.

Odczyn Wassermann'a — ujemny.
Odczyn Nonne „Faza I“ — ujemny.
W 25 różnych polach mikr. — 22 komórki.
22% ciałek białych wielojądrzastych.
78% limfocytów.

IX. Aloizy L., 10 lat.
Kiła wrodzona.
Odczyn Wassermann'a (z krwi) — dodatni.
Płyn mózgowo-rdzeniowy — przezroczysty.
Odczyn Wassermann'a — ujemny.
Odczyn Nonne „Faza I“ — ujemny.
5 komórek w 1 $mm^3$ (normalna ilość).

X. Serafina P., 13 lat.
Kiła dziedziczna. Zapalenie kiłowe kości i okostnej.
Odczyn Wassermann'a: 1) dodatni, 2) dodatni, 3) słabo dodatni.
Płyn mózgowo-rdzeniowy:
Odczyn Wassermann'a — ujemny.
Odczyn Nonne „Faza I“ — dodatni.
W 25 różnych polach — 18 komórek.
11% ciałek białych wielojądrzastych.
7% limfocytów.

Jak się przeto okazuje ze spostrzeżeń naszych, zwiększenie się ilości komórek stwierdzone było w 3-ch przypadkach (spostrzeżenie I, III i VII).

Co się tyczy zawartości białka w płynie mózgowo-rdzeniowym (odczyn Nonne-Apelt'a) w kile, to, zgodnie z twierdzeniem Szécsi, zwiększenie się tejże nie jest objawem stałym i nie występuje równocześnie ze zwiększeniem się ilości komórek. Nonne twierdzi, że w kile mózgowo-rdzeniowej w mowie będący odczyn prawie zawsze wypada dodatnio; w spostrzeżeniach naszych — wypadł on dwa razy dodatnio: w wiądzie rdzenia (spostrz. VI-ste) — słabo dodatnio i dodatnio w spostrz. III-ciem.

Odczyn Wassermann'a w płynie mózgowo-rdzeniowym był 3 razy dodatni: w 2 przypadkach poczynającego się wiądu rdzenia (spostrz. V i VI) i w spostrz. III-ciem — kiła dziedziczna; porażenie połowicze; zapalenie błony wewn. tętnic—co, zgodnie z twierdzeniem ogólnem, ma ważne znaczenie w sprawie ścisłego rozpoznawania spraw chorobowych.

---

## PIŚMIENNICTWO.

1. Lenhartz. Mikroskopie und Chemie am Krankenbette.

2. Fuchs-Rosenthal. Cytologische Untersuchungen. Wiener Med. Presse. 1904.

3. Gernaro Sisto. Der Liquor cerebrospinalis bei den Syphilitik. und heredosyphilitik. Annales de médecine et de chirurgie infantile. 15. I. 1910.

4. Boas und Lind. Untersuchungen der Spinalflüssigkeit bei Syphilis ohne Nervensymptomen. Zeitschrift für die gesamte Neurol. u. Psych. Bd. IV. Origin.

5. Szécsi. Die differentialdiagnose der Dementia paralytica, Sclerosis multiplex und Lues cerebrospinalis auf Grund der cytologischen u. chemischen Untersuchung der Flüssigkeit. Monatsschr. für Psych. u. Neurol. Bd. 26.

6. Marcus. Die Bedeutung der Lumbalpunktion bei Syphilis. Archiv für Dermatol. u. Syphil. Bd. 114. 1912.

7. Sorentino Urbano. La réforma medica. 1911. refer. Zeitschrift für die gesamte Neurol. u. Psych. 1912.

8. Lewandowsky. Handbuch der Neurologie.

9. 'L. Baron. Der Eiweissgehalt und die Lymphocytose des Liquor bei Säuglingen mit Lues congenita. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 69.

10. Tobler. Über Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit bei kongenitaler Lues und ihre diagnostische Bedeutung.

11. Curschmann. Handbuch der Nervenkrankheiten.

12. Cannstatt. Medicinische Jahresberichte od 1906 do 1911.

13. Kretschmer. Lymphocytose bei Lues hereditaria tarda. Deutsch. Med. Woch. Nr 46. 1907.

14. Ravaut. Le liquide céphalo-rachidien des hérédo-syphilitiques. Annales de dermatol. Nr 2.

15. Dreyfus. Die Methoden der Untersuchung des Liquor bei Syphilis. Münch. Med. Woch. Nr 47. 1912.

16. Cytologische Untersunchung nach Fuchs-Rosenthal. Wiener. Medic. Presse. Nr 214. 1904.

# Znaczenie mleka larosanowego w dyetetyce niemowląt *).

Podał

**Dr med. Stanisław Ostrowski.**

---

Każdemu pedyatrze, zwłaszcza mającemu stale do czynienia z oseskami w takich instytucyach, jak Domy Wychowawcze, doskonale znane są nie dające się zastąpić własności mleka kobiecego w t. zw. zaburzeniach równowagi bilansu („Bilanzstörungen”), a zwłaszcza w ciężkich zatruciach pokarmowych u niemowląt; natomiast nie takie już są rzadkie przypadki, kiedy np., karmicielek w Domach Wychowawczych nie wystarcza dla danej liczby niemowląt, lub te ostatnie odzwyczaiły się ssać pierś i przyzwyczaiły się do flaszki, kiedy więc z konieczności należy uciekać się do sztucznego lub, jak je niektórzy nazywają, „nienaturalnego”, a częściej do mieszanego karmienia niemowląt (allaitement mixte); oba wymienione sposoby karmienia niemowląt mlekiem zwierząt, jak również sposób żywienia odżywczemi mieszankami, zniewalają lekarza do starannego kontrolowania wagi dziecka, zwłaszcza zaś stanu dróg pokarmowych oraz ogólnego stanu ustroju, wiadomo bowiem, jak często przy odżywianiu sztucznem nieraz pod wpływem błahych przyczyn występują ciężkie zaburzenia trawienia. Pod tym

---

*) Pracę nadesłano do redakcyi w d. 14. IX. 1913 r.

względem zasługują na uwagę badania prof. Szkaryna[1]), które dowiodły, że ustrój nowonarodzonego zwierzęcia (królika) przez pewien czas po urodzeniu (w przeciągu mniej więcej 47 dni) pozbawiony jest własności oddziaływania, wzgl. wytwarzania swoistych ciał ochronnych, czyli t. w. przeciwciał (niweczników) — pod wpływem przenikania do ustroju substancyi pochodzenia obcego; innemi słowy, nie może walczyć środkami samoobrony z substancyą pochodzenia obcego: niewątpliwie ustrój różnie oddziaływa na podawany pokarm w przypadkach karmienia naturalnego i nienaturalnego, co też lekarz musi mieć na względzie podczas stosowania rodzaju odżywiania sztucznego, zwłaszcza podczas pierwszych miesięcy życia dziecka.

W ostatnich czasach, zwłaszcza zagranicą (przeważnie w Niemczech), a po części i w Rosyi — weszło w użycie karmienie dzieci mlekiem białkowem, wprowadzonem do dyetetyki przez prof. Finkelstein'a i Meyer'a[2]). Nie mam zamiaru wcale przedstawiać całego spisu prac, ogłoszonych w danej kwestyi, poprzestanę li tylko na wymienieniu wskazań do stosowania tego preparatu i przytoczeniu główniejszych prac, dotyczących tej kwestyi.

Porównawcza zawartość ciał odżywczych w mleku białkowem i krowiem, według Finkelstein'a, przedstawia się w sposób następujący:

| | W 100 grm. mleka białkowego | W 100 grm. mleka krowiego |
|---|---|---|
| białka | 3,0 | 3,0 |
| tłuszczu | 2,5 | 3,5 |
| cukru | 1,5 | 4,5 |
| soli | 0,5 | 0,7 |

1 litr mleka białkowego zawiera 370 kaloryi.

Mleko białkowe jest wskazane, według Finkelstein'a, w przypadkach: 1) niestrawności (dyspepsia), 2) rozkładu (dekompozycyi), 3) zatrucia (intoxicatio) i 4) w zatruciach, których przyczyna znajduje się po za obrębem przewodu pokarmowego (parenterale), a które wywołują sprawy patologiczne w drogach pokarmowych i zaburzenia w odżywianiu. Dawkowanie mleka białkowego winno być następujące: w początku małe ilości (300 grm. dziennie

w 5—6 porcyach); o ile wypróżnienia są gęstsze i mniej częste, ilość białkowego mleka należy natychmiast powiększyć (co drugi dzień dodać 100 grm.), dopóki ogólna ilość jego nie wyniesie 200 grm. w stosunku do jednego kilogrm. wagi ciała; 1000 grm. nie należy przekraczać. Z chwilą wystąpienia gęstych wypróżnień dodać należy do mleka białkowego cukier (cukier odżywczy Soxhlet'a lub ulepszoną zupę Liebig'a, odżywczą maltozę Loefflund'a) bądź mąkę.

Podczas stosowania mleka białkowego Finkelstein zauważył w większości przypadków zmniejszanie się wagi ciała w przeciągu 3 dni Pod wpływem mleka białkowego w 30-u na 33 przypadki niestrawności biegunka ustawała. Przy rozkładzie (dekompozycyi) mleko białkowe było stosowane w 41 przyp., i li tylko w 5-u z nich wynik był ujemny — dzieci zmarły, co stanowi 12,2% śmiertelności; we wszystkich przypadkach w ciągu 3-ch dni pod wpływem mleka białkowego notowano utratę wagi, wynoszącą przeciętnie 141 grm., przyczem wszystkie objawy kliniczne nie uległy poprawie, lecz przeciwnie — pogorszeniu. Z 16-u przypadków zatrucia pokarmowego wyzdrowienie nastąpiło w 15-u. U noworodków i niemowląt podczas pierwszych tygodni życia karmienie mlekiem nie dało autorowi bezwzględnie dobrych wyników, wszakże te ostatnie były lepsze, niż przy stosowaniu innych sposobów odżywiania sztucznego. W przypadkach zatrucia z przyczyn, znajdujących się poza obrębem przewodu pokarmowego (Intoxicatio parenteralis), mleko białkowe wywarło również dodatni wpływ, zapobiegając zaburzeniom trawienia. Finkelstein przychodzi do wniosku, że mleko białkowe stanowi cenny środek leczniczy, wywierający działanie skuteczne i w tych przypadkach, w których inne sposoby sztucznego karmienia pozostają bez wyniku.

Beck[3]) stosował mleko białkowe z dobrym wynikiem w 175-u przypadkach (110-u niestrawności, 17-u dekompozycyi, 40-u zwykłego i 8-u nieżytu jelit na tle zatrucia). Na mocy 12 wykreślnych wagi autor zaleca mleko białkowe wszędzie, gdzie są biegunki; co się tyczy dawkowania, to popostępuje w ten sposób, że stopniowo daje coraz większe ilości węglowodanów, właściwie cukier Soxhlet'a lub

Löfflunda i t. p. Wyższość karmienia mlekiem białkowem polega na tem, że można stosować je w coraz większych ilościach; autor radzi dojść w miarę możności jaknajprędzej do 200 grm. w stosunku do jednego kilo wagi.

Benfey[4]) karmił mlekiem białkowem 83-ch noworodków, z których najstarszy miał 3 tygodnie. W większości przypadków nie mógł on zauważyć w okresie początkowym stosowania tego pożywienia — przyrostu wagi, co autor tłomaczy małą zawartością cukru: w pierwszym tygodniu stosowano 1%, w drugim — 2%, w 3-im — 3% cukru. U większości noworodków waga zaczęła się zwiększać dopiero po zastosowaniu 3—5% cukru, a w niektórych przypadkach 6—8%. Szkodliwego działania takich stosunkowo znacznych ilości cukru autor nie zauważył; co się tyczy gatunku cukru radzi stosować słód Löfflund'a lub cukier Soxhlet'a (tylko nie trzcinowy). Ilość dobowa mleka białkowego nie powinna przewyższać 150—200 grm. na kilo wagi noworodka.

Kwestya mleka białkowego była roztrząsaną również na 1-szym Zjeździe pedyatrów rosyjskich w Petersburgu (27. XII—31. XII. 1912 r.). W tej kwestyi przedstawił odczyt Szabad[5]) z kliniki dziecięcej Petersburgskiego Żeńskiego Medycznego Instytutu. W każdym przypadku mleko białkowe stosowano od 6 do 52 dni, przeciętnie 25 dni. Było ono w użyciu w 18-u przypadkach, z których bezwarunkowo dobre wyniki otrzymano w 6 (w 2 przypadkach niestrawności, w 1-ym — t. zw. szkody mącznej („Mehlnährschaden"), w 1-ym — zapalenia jelit grudkowego, w 1-ym — podostrego zapalenia okrężnicy i w 1-ym przewlekłego nieżytu jelit cienkich i grubych); względnie dobre w 3-ch (w 2-u przypadkach niestrawności i w 1-ym ostrego nieżytu okrężnicy). Jeżeli wykluczyć z pośród niepomyślnych przypadków autora, leczonych mlekiem białkowem, — 5 przyp. ciężkiego zatrucia z przyczyn, znajdujących się poza obrębem przewodu kiszkowego, 1 z nieprawidłową techniką stosowania mleka białkowego — to na ogólną ilość 12-tu przypadków w 9 wynik był dodatni, w 3 — ujemny. Wyniki więc autor otrzymał gorsze od podanych przez autorów niemieckich, co uzależnia w części od niedokładności w technice stosowania mleka białkowego, a głównie od ciężkiego stanu

dzieci i częstych postaci zatrucia niekiszkowego wśród niemowląt.

W debatach nad tą kwestyą Speranskij (Moskwa) zauważył, że, stosując mleko białkowe jednocześnie z kobiecem, otrzymywał dobre wyniki.

Kuskoff (Moskwa) stosował w 10-u różnych przypadkach mleko białkowe, które z początku było dostarczane z Niemiec, a potem sporządzane w laboratoryum Kalminga w Moskwie. Z pośród 10-rga wymienionych dzieci stracił tylko jedno (intoxicatio parenteralis), wogóle zaś otrzymał dobre wrażenie. Najlepsze wyniki, jego zdaniem, daje mleko białkowe w przypadkach zatrucia, dekompozycyi i po części niestrawności Ujemną jego stronę stanowi mały przyrost wagi, koniecznym przeto jest wczesny dodatek węglowodanów. K. spostrzegał również korzystne wyniki jednoczesnego stosowania mleka białkowego i innych sposobów odżywiania.

Łangowoj (Moskwa) nie widział dobrych wyników po stosowaniu mleka białkowego w przypadkach „enterocolitis"; najlepsze wyniki otrzymywał w przypadkach zatrucia i dekompozycyi.

Finkelstein'owi (Jałta) mleko białkowe dało dobre wyniki w przypadkach dekompozycyi i zatrucia; przy grudkowem zapaleniu okrężnicy nie pomagało.

Rejka (Petersburg) zauważył, że stosowanie mleka białkowego w ciągu ostatnich 2 lat na oddziale dla niemowląt w klinice dziecięcej prof. Szkaryna w Wojskowo-lekarskiej Akademii zostało uwieńczone nader dodatnimi wynikami: było ono stosowane w ciężkich okresach dekompozycyi i zatrucia. Dzieci znoszą je dobrze w dosyć dużych ilościach.

Co sie tyczy sporządzania mleka białkowego, to Finkelstein zwraca uwagę na znaczne trudności pod tym względem: nieraz występują duże i twarde kłaczki sernika, wobec czego upoważnił on Miller'a do przygotowania mleka białkowego w sposób fabryczny, lecz i tutaj przez pierwsze tygodnie dostarczano nie zupełnie dobry preparat, zawierający duże kłaczki sernika; dopiero po prawidłowem rozsortowaniu sernika, mleko białkowe okazało się dobrem, i wówczas zaczęto otrzymywać wyniki dodatnie.

Szabad w swych spostrzeżeniach korzystał z mleka białkowego, które przygotowywano w klinice według sposobu domowego; zwraca on tu uwagę na to, że z początku często podczas gotowania, pomimo stałego mieszania, otrzymywano w mleku ciągnące się masy sernika, innemi słowy, mleko białkowe nie było zdatne do użytku; w tych razach autor zawsze miał do rozporządzenia zapas przetworu fabrycznego, nawiasem mówiąc, bardzo drogiego (1 litr kosztuje prawie 1 rubla).

Uważam za właściwe zwrócić uwagę na to, że u nas w Domu Wychowawczym kol. Kube wykonał szereg doświadczeń (nie ogłoszonych dotąd drukiem) w sprawie karmienia niemowląt mlekiem białkowem; doświadczenia te wkrótce były przerwane, zarówno wskutek drożyzny przetworu, jako też z powodu ujemnych jego własności (preparat dostarczało laboratoryum Kaling'a w Moskwie). Co się tyczy przygotowywania mleka białkowego według sposobu domowego, zalecanego przez Szabada, to, mojem zdaniem, jest ono bardzo kłopotliwe. Wobec tego z jednej strony drożyzna przetworu fabrycznego, z drugiej zaś— trudności przy wyrabianiu mleka białkowego według sposobu domowego — stanowią znaczną przeszkodę do rozpowszechnienia tego, bezwątpienia, cennego preparatu dyetetycznego.

To też z wielkiem zainteresowaniem przeczytałem pracę prof. Stoeltzner'a[1]) o larosanie — prostym środku, zastępującym mleko białkowe, i postanowiłem sam sprawdzić wartość przetworu w Petersburgskim Domu Wychowawczym. Larosan otrzymałem dzięki uprzejmości firmy Hoffman-La Roche, (dostarczała mi go ona bezinteresownie, za co składam na tem miejscu firmie podziękowanie), zanim przejdę do omówienia wyników doświadczeń, podaję sposób przygotowywania larosanu i opinię różnych autorów, co do jego wartości leczniczej.

Wobec dużego zapotrzebowania mleka białkowego, dającego się odczuwać w klinice dziecięcej w Halle podczas gorącego lata 1911 roku, któremu nie mogła zadość uczynić fabryka, wyrabiająca preparat, a również biorąc pod uwagę znaczną zawartość białka i wapnia w mleku białkowem, prof. Stoeltzner zrobił przypuszczenie, czy przez do-

danie sernika-wapnia do rozcieńczonego mleka krowiego nie można by otrzymać mieszanki równoznacznej z mlekiem białkowem? Sernika-wapnia w sprzedaży nie było, zmuszony był więc autor przygotowywać go sam, postępując w sposób następujący:

Zebrane mleko rozcieńczano 4-ma częściami wody i słabo podkwaszano kwasem octowym; otrzymany osad przesączano i znowu rozpuszczano w wodzie, do której dodawano trochę ługu potasowego; po ponownem dodaniu niewielkiej ilości kwasu octowego znowu otrzymywano osad; osad ten rozpuszczano w wodzie, poczem dodawano 2,5% CaO, obliczonego na sernik.

W sposób powyższy autor otrzymał ładny, z wyglądu przypominający mleko—rozczyn sernika-wapnia; jednakowoż z tego rozczynu jemu nie udało się otrzymać sernika-wapnia w postaci suchej. Wówczas zwrócił się on do firmy F. Hoffman-La Roche (Grenzach) z prośbą w sprawie przeprowadzenia badań w celu otrzymania sernika-wapnia w postaci proszku z zawartością 2,5% CaO. Firmie tej po zwalczeniu wielu technicznych trudności nareszcie udało się otrzymać pulchny, delikatny, bez smaku proszek sernika-wapnia, któremu dano nazwę „Larosan"; proszek ten łatwo rozpuszcza się w gorącem mleku i w rozczynie wodnym daje odczyn zasadowy. Sposób przyrządzania mleka larosanowego jest następujący:

20 grm. larosanu miesza się z $^1/_3$—$^1/_2$ litra chłodnego świeżego mleka; resztę ($^2/_3$—$^1/_2$ litra) zagotowuje się. Następnie, wszystko razem zlewa się do jednego naczynia i powoli gotuje się przez 5—10 minut, przyczem trzeba mieszankę stale kłócić; wreszcie, wszystko przesącza się przez sito włosiane i miesza się z taką samą ilością wody przegotowanej, wzgl. przekroplonej, kleików lub mącznych odwarów. W okresie początkowym, gdy dziecko ma stale wolne wypróżnienia, nie dodaje się cukru do preparatu, dopiero z chwilą wystąpienia gęstych wypróżnień autor wprowadza cukier odżywczy Soxhlet'a w ilości 1—5%.

Doświadczenia były przeprowadzone na 34-rgu dzieciach z zaburzeniami odżywiania, pochodzących z miejscowego przytułku dla dzieci, na 19-rgu dzieciach, odwiedzających poliklinikę, chorych z praktyki prywatnej i 23-rgu niemowlętach z kliniki dziecięcej. W wyniku otrzymano wrażenie, że mleko larosanowe okazuje się równie pożytecz-

nem, jak i białkowe. Działanie dodatnie larosanu polega z jednej strony na oddziaływaniu odkażającem na jelita, z drugiej — na wzmożeniu tolerancyi ustroju w stosunku do mleka krowiego. Ta ostatnia własność napotyka się przeważnie u dzieci z ciężkimi objawami t. zw. „szkody mlecznej" („Milchnährschaden"), u których mleko larosanowe szybko podnosi wagę ciała. Pod względem praktycznym mleko larosanowe posiada w porównaniu z białkowem tę przewagę, że nie wywołuje przejściowych pogorszeń w stanie dziecka, często natomiast spotykanych przy mleku białkowem; następnie, jest ono tańsze, przytem starsze dzieci przyjmują go chętniej — dzięki lepszemu wyglądowi i lepszemu smakowi larosanu.

Forcart[8]) stosował larosan w przytułku dla niemowląt w Bazylei i potwierdza wyniki spostrzeżeń Stoeltzner'a, dodając, że przyrządzanie mleka białkowego w domu jest kłopotliwe, a w praktyce prywatnej wogóle nie da się wykonać. Autor zalecał dzieciom larosan, stosując się ściśle do przepisu Stoeltzner'a. W pracy przytoczono 8 historyi chorób dzieci w wieku od 2 tygodni do 7 mies., które miały częste, wodniste, śluzowe stolce; te ostatnie pod wpływem larosanu przychodziły do normy, i dzieci przybywały na wadze. Autor podkreśla, że mleko larosanowe działa na jelita tak samo, jak białkowe; pod wpływem larosanu stolec staje się mydlastym (Fettseifenstuhl). W niektórych przypadkach otrzymywał lepsze wyniki, podnosząc zawartość larosanu w mleku. Na zakończenie autor powiada, że lekarz — praktyk, nie mający dotychczas możności stosowania mleka białkowego, powinien z wielkiem zadowoleniem powitać zjawienie się preparatu, przy pomocy którego można w sposób prosty przyrządzać mleko białkowe.

W swej nowej pracy o przetworach, zastępujących mleko białkowe, prof. Stoeltzner[9]) odnośnie do larosanu powiada, że przedewszystkiem stosować go należy w zaburzeniach odżywiania, w zatruciach pochodzenia kiszkowego i powstającego z przyczyn, niezależnych od przewodu pokarmowego (parenterale Intoxikation); samo przez się rozumie się, nie można żądać od mleka larosanowego, jak również od Finkelstein'owskiego białkowego i innych środków

dyetetycznych, świetnych wyników — we wszystkich przypadkach. Należy przyjąć pod uwagę również i to, że mleko larosanowe jest znacznie tańsze od białkowego: 1 litr tego ostatniego kosztuje 1 markę, 1 litr pierwszego — 55 fenn. (cena larosanu w w opakowaniu oryginalnem za 10 pudełek po 10 grm. wynosi 2 marki).

Własne spostrzeżenia w sprawie stosowania mleka larosanowego, przygotowanego według wskazówek Stoeltzner'a, prowadziłem od 13. IV do 29. VI 1913 r. na 49 rgu dzieciach Domu Wychowawczego. W celu zwiększenia ilości kaloryi w mleku larosanowem korzystałem z maltozy, wzgl. cukru odżywczego Soxhlet'a, w ilości 1—2%, stosując go po wystąpieniu tłuszczowo-mydlastego stolca u dziecka; muszę zaznaczyć, że wskutek wielkiej drożyzny tego cukru, dajacej się bardzo odczuwać w budżecie instytucyi, od 1. VI r. b. zmuszony byłem zaprzestać dodawania tegoż do mleka larosanowego. Z początku brałem, jak radzi Stoeltzner, 20 grm. larosanu na 1 litr mleka, w dalszym ciągu (od 1. VI) próbowałem wprowadzać $1^1/_2$-krotną ilość larosanu (30 grm. na litr mleka); wyniki otrzymałem również dobre, a być może nawet lepsze. Próba wprowadzania jeszcze większych ilości larosanu (40 grm. na litr mleka) zakończyła się niepomyślnie: chociaż proszek larosanu dobrze dał się mieszać, lecz mleko larosanowe, będąc już rozlane we flaszki, zawsze dawało osad. Przy określaniu ilości mleka larosanowego w każdym przypadku opierano się na obliczeniu, by nie przekroczyć 200 grm. w stosunku do 1 kilo wagi ciała.

A. Przypadki dekompozycyi z bezwzględnie dobrym wynikiem leczniczego stosowania larosanu.

1. Chłopiec, w wieku $2^1/_2$ mies. Zalecono mleko larosanowe *) w ilości 9 flaszek po 100,0 (1 : 1, t. j., mleko, rozcieńczone do połowy wodą przekroploną **) ), bez cukru. Wymiotów nie było. Stolec przez cały czas był dobry.

Waga: 5 czerwca 4600 grm., 6—4700, 7—4700, 8—4700, 9—4900, 10—4950, 11—4900, 12—wypisany zdrów do okręgu.

---

*) W dalszym ciągu larosanowe mleko dla skrócenia nazywać będę LM. (Larosanmilch).

**) Mleko rozcieńczano wyłącznie wodą przekroploną.

**2**. Chłopiec, urodził się 24. III, przybył do Domu Wychowawczego 9. IV. Od chwili przybycia do 28. IV, karmiony piersią, spadł na wadze z 3800 do 3700 grm. Zalecono pierś + LM. z 2% cukrem odżywczym Soxhlet'a w ilości 4 flaszek po 100 (1 : 1).

Waga: 28 kwietnia 3700 grm., 29—3750, 30—3700, 1 maja 3700, 2—3700, 4—3800.

Od 4. V pierś + LM. w ilości 6 fl. po 100,0 (1 : 1).

Waga: 5 maja 3800 grm., 6—3800, 7—3900, 8—3800, 9—3850, 10—3900, 11—3950, 12—3950.

Stolec normalny. Wymiotów niema.

Waga: 13 maja 3950 grm, 14—3900, 15—3950, 16-4050, 17—4100, 18—4100, 19—4090, 20—4200, 21—4200, 22—4200, 23—4150, 24—4200, 25—4220, 26—4200, 27—4250, 28—4200, 29—4220, 30—4300.

Od 28. V — LM. w ilości 8 fl. po 100,0 (1 : 1), a od 31. V — 8 fl. nierozcieńczonego po 100,0.

Waga: 31 maja 4320 grm., 1 czerwca — 4350, 2—4400, 3—4400, 4—4400, 5—4400.

Stolec dobry. Wymiotów niema.

Waga: 6 czerwca — 4400 grm, 7—4400, 8—4450, 9—4500, 10—4500, 11—4600, 12—4500, 13—4550, 14—4600, 15—4600, 16—4650, 17—4750.

Od 19. VI LM. — w ilości 10 fl. (nierozcieńczone).

Waga: 18 czerwca — 4700 grm., 19—4800, 20—4850, 21—4800, 22—4900, 23—4850, 24—4800, 25—4900, 26—49000, 27—4950, 24—5000.

W tym przypadku od 28. IV do 28. VI przyrost wagi wynosił 1300 grm.

**3**. Chłopiec, urodził się 10. III, przybył do Domu Wychowawczego 29. VIII. Waga w chwili przybycia 3670, 5. V—3620 grm. Karmiony był piersią.

Zalecono karmienie piersią + LM. w ilości 5 fl. po 50,0 (1 : 1), bez cukru *).

Waga: 5 maja 3620 grm., 6—3650, 7—3650, 8—3600, 9—3600, 10—3670, 11—3700, 12—3700, 13—3670, 14—3750, 15—3700, 16—3750.

Od 14. V pierś + LM. w ilości 6 fl. po 50,0 (1 : 1).

Waga: 17 maja 3770 grm., 18—3850, 19—3870.

Wypisany do okręgu.

W tym przypadku waga od 5. V do 19. V podniosła się o 250 grm., co stanowi znaczny przyrost, jeśli weźmiemy pod uwagę, że dziecko w okresie karmienia piersią stopniowo traciło na wadze.

---

*) Wyraz cukier wszędzie oznacza cukier odżywczy Soxhlet'a.

4. Chłopiec, urodził się 20. XII 1912 r., przybył do Domu Wychowawczego 20. V 1913 r. Zalecono LM. — 8 fl. po 100,0 nierozcieńczonego z 2% cukru.

Nie wymiotował. Stolec był prawidłowy

Waga: 21 maja—4900 grm., 22—5000, 23—5000, 24—5050, 25—5050, 26—5100, 27—5150.

Zabrany przez matkę do domu (dziecko czasowe).

5. Chłopiec, urodził się 16. XI 1912 r., przybył do Domu Wychowawczego 21. V 1913 r. z objawami krzywicy, niedokrwistości, dekompozycyi. Karmiony był piersią i mlekiem krowiem do 9. V. Waga podczas przyjęcia — 3950 grm. Zalecono LM. — 8 fl. po 100,0 nierozcieńczonego, z 2% cukru.

Waga: 9 maja 3500 grm., 10—3550, 11—3600, 17—3700.

Stolec tłuszczowo-mydlasty. 14. V — 6 stolców wodnistych, 18. V — stolec dobry. Ani razu nie wymiotował.

Waga: 13 maja — 3670 grm., 14—3600, 15—3350, 16—3500, 17—3550, 18—3600, 19—3700, 20—3550, 21—3750, 22—3600, 23—3600, 24—3600, 25—3600, 26—3650, 27—3750, 28—3750, 29—3850, 30—3850, 31—3950, 1 czerwca 3870, 2—3950, 3—3970, 4—3900, 5—3920, 6—3940, 7—3970, 8—4000.

W dalszym ciągu przeprowadzony na krowie mleko. Przybytek na wadze w danym przypadku od 9. VI do 8. VI wyniósł 500 grm.

6. Dziewczynka, podrzutek, w wieku około 4 mies. Źle przybywała ua wadze podczas karmienia piersią oraz dokarmiania mlekiem krowiem. Zalecono karmienie piersią + 5 fl. LM. po 100,0 w postaci nierozcieńczonej, bez cukru; od 20. V — 6 fl. LM., a od 28. V—8 fl. LM.

Waga: 15 maja—5700 grm., 16—5750, 17—5850, 18—5850, 19—5800, 20—5850.

Stolec mydlasty.

Waga: 21 maja—5800 grm., 22—5970, 23—6050, 24—5950, 25—4950.

Stolec wyborny.

Waga: 26 maja—5900 grm., 27—5950, 28—5950, 29—5950, 30—6000, 31—6050, 1 czerwca—6000, 2—6100, 3—6050, 4—6050, 5—6150.

W dalszym ciągu przeprowadzona na mleko krowie. Waga od 15. V do 5. VI zwiększyła się o 450 grm.

7. Chłopiec, urodził się 20. III, przyjęty został do Domu Wychowawczego 10. IV. Waga podczas przyjęcia 3550, 27. IV — 3250 grm. Karmiony był piersią. Zalecono karmienie piersią + LM. : 4 fl. po 50,0 (1 : 1) z cukrem, od 14. V—6 fl. LM. po 50,0 (1 : 1), ad od 29. V — LM. bez cukru.

Waga: 28 kwietnia—3250 grm., 29—3290, 30—3320, 1 maja—3350, 2—3400, 3—3400.

Nie wymiotuje. Stolec dobry.

Waga: 4 maja — 3350 grm., 5—3400, 6—3400, 7—3400, 8—3420, 9—3470, 10—3450, 11—3470, 12-3450, 13—3450, 14—3600, 15—3600.

Od 16. V do 31. V nieżyt oskrzeli.

Waga: 16 maja—3620 grm., 17—3650, 18—3650, 19—3670, 20—3650, 21—3650, 22—3850, 23—3800, 24—3900, 25—3950, 26—3950, 27—3900, 28 4000, 29—4000, 30—4050, 31—4150, 1 czerwca—4100, 2—4000, 3—4250, 4—4200, 5—4200, 6—4200, 7—4350, 8—4370, 9—4400, 10—4350, 11—4400, 12—4500, 13—4500, 14—4450, 15—4550, 16—4600, 17—4650, 18-4650, 19—4700, 20—4600, 21—4720, 22—4800, 23—4900, 24-4850, 25—4900, 26—4900, 27—4900, 28—4950, 29—5000.

W danym przypadku waga od 28. IV do 29. VI zwiększyła się o 1750 grm.

8. Dziewczynka, urodziła się 10. II, przyjęta została do Domu Wychowawczego 5. III z wagą 2550 grm. Waga 18. V—3720 grm. Zalerono LM. w ilości 7-u fl. po 100,0 (1 : 1) z 1% cukru, a od 6. VI 7 fl. nierozcieńczonego LM. bez cukru.

Waga: 19 maja—3750 grm., 20—3750, 21—3820, 22—3850, 23—3950, 24—3900, 25—3950, 26—4050, 27—4070, 28—4050, 29—4050, 30—4100, 31—4120, 1 czerwca — 4150, 2—4100, 3—4150, 4—4250, 5—4150.

Nie wymiotuje. Stolec mydlasty.

Waga: 6 czerwca—4100, 7—4150, 8—4350, 9—4200. Wymioty. 10—4150, 11—4300, 12—4300, 13—4250, 14—4150. Stolec wodnisty. 15—4000, 16—4100, 17—4050, 18—4050, 19—4100, 20—4250. Stolec normalny. 21—4400, 22—4300, 23—4500, 24—4400, 25—4450, 26—4500, 27—4650, 28—4700.

W danym przypadku na wadze od 19. V do 28. VI wynosił 950 grm.

9. Chłopiec, podrzutek, w wieku około 4 mies. Waga podczas przyjęcia (w marcu) — 5750 grm. Przed stosowaniem LM. chorował na drgawki dziecięce, nieżyt grypowy oskrzeli i zapalenie płuc odoskrzelowe Zalecono LM.—10 fl. po 100,0 (1 : 1), a od 18. IV dodano 2% cukru.

Waga: 13 kwietnia — 4900 grm., 14—5000, 15—4950, 16—4900, 17—4950, 18—4950.

Stolec mydlasty. Nie wymiotuje.

Waga: 19 kwietnia — 5050 grm., 20—5100, 21—5200, 22—5200, 23—5200, 24—5250.

Zdrów. Wypisany został do okręgu.

**10.** Dziewczynka, urodziła się 17. III, przyjęta została do Domu Wychowawczego 1. IV z wagą 3850 grm. Zalecono karmienie piersią + LM. w ilości 4 fl. po 50,0 (1 : 1) z 1°/₀ cukru.

Waga 21 kwietnia — 3970 grm., 22—4020, 23—4050, 24—4100, 25—4100, 26—4120.

Stolec prawidłowy. Nie wymiotuje.

Waga: 27 kwietnia — 4120 grm., 28—4150, 29—4170, 30—4170, 1 maja — 4220, 2—4250, 3—4300.

W dalszym ciągu przeprowadzona na pierś + mleko krowie.

**11.** Dziewczynka, urodziła się 15. II, przyjęta została do Domu Wychowawczego 27. V. Zalecono LM w ilości 8 fl. po 100,0 nierozcieńczonego bez cukru.

Waga: 29 maja — 4700 grm., 30—4700, 31—4700, 1 czerwca 4850, 2—4900, 3—4950.

Została zabrana przez krewnych do domu (dziecko czasowe).

**12.** Chłopiec, urodził się 14. III, przyjęty został do Domu Wychowawczego 2. V z wagą 4000 grm. Zalecono LM. w ilości 8 fl. po 100,0 (1 : 1), a od 10. VI—9 fl. po 100,0 (1 : 1).

Waga: 5 czerwca — 4600 grm., 6—4700, 7—4700, 8—4700, 9—4700, 10—4950.

Stolec mydlasty. Nie wymiotował wcale.

Waga: 11 czerwca — 4900 grm., 12—4850, 13—4900, 14—4950, 15—5000.

Zdrów. Wypisany został do okręgu.

**13.** Dziewczynka, urodziła się 23. III, przyjęta została do Domu Wychowawczego 26. III z wagą 3000 grm. Z początku karmiona była wyłącznie piersią. 19. IV waga 3020 grm. Zalecono karmienie piersią + LM. w ilości 4 fl. po 50,0 (1 : 1) z 2°/₀ cukru, a od 25. V — LM. w ilości 4 fl. po 100,0 (1 : 1).

Waga: 20 kwietnia — 3020 grm, 21—3020, 22—3050, 23—3100, 24—3150, 25—3150.

Stolec dobry. Nie wymiotuje.

Waga: 26 kwietnia — 3200 grm., 27—3200, 28—3150, 29—3200, 30 - 3200, 1 maja—3150, 2—3200, 3—3200, 4—3150, 5—3150, 6—3200, 7—3100.

Od 7. V do 17. V stolce (w ilości 3—4) wodniste, zielone.

Waga: 8 maja — 3100 grm., 9—3100, 10—3150, 11—3200, 12—3250, 13—3250, 14 3250, 15—3200, 16—3250, 17—3220, 18—3250, 19—3250, 20—3250.

Od 19 V do 7. VI nieżyt oskrzeli.

Waga: 21 maja—3250 grm., 22—3300, 23—3320, 24—3370, 25—3400, 26—3450, 27—3450, 28—3420, 29—3400. 30—3500, 31—3500, 1 czerwca—3520, 2—3550. 3 3570, 4—3500, 5—3500, 6—3600, 7—3600, 8—3600, 9—3600, 10—3650, 11—3650, 12—3700, 13—3700, 14—3750, 15—3750, 16—3800, 17—3900, 18—

3850, 20—3900, 21—3900, 22—3850, 23—3950, 24—3950, 25—4000, 26—4050, 27—4050, 28—4050, 29—4100.

W danym przypadku przybytek na wadze od 20. IV do 29. VI wynosił 1080 grm.

2. Przypadki dekompozycyi z względnie dobrym wynikiem stosowania larosanu

1. Chłopiec, urodził się 1. IV, przyjęty został do Domu Wychowawczego 12. V z objawami ciężkiej dekompozycyi. Waga podczas przyjęcia wynosiła 3400 grm. Zalecono karmienie piersią + LM. w ilości 4 fl. po 50,0 (1 : 1) bez cukru.

Waga: 1 czerwca — 3600 grm., 2—3650, 3—3700, 4—3650, 5—3600, 6—3700.

Nie wymiotuje.

Waga: 7 czerwca — 3700 grm., 8—3600, 9—3650, 10—3750, 11—3700.

Stolec prawidłowy. Od 12. VI — LM. w ilości 6 fl. po 50,0 (1 : 1), a od 25. VI—LM w ilości 6 fl. po 100,0 (1 : 1).

Waga: 12 czerwca—3800 grm., 13—3750, 14—3750, 15—3750, 16—3700, 17—3700, 18—3700, 19—3650, 20—3650, 21—3700, 22—3650, 23—3700, 24—3700, 25—3700, 26—3650, 27—3750, 28—3700, 29—3800.

Stosując dłużej LM., moglibyśmy prawdopodobnie osiągnąć znaczniejszy przyrost wagi,

2. Dziewczynka, urodziła się 23. V, przyjęta została do Domu Wychowawczego 31. V. Karmiona była wyłącznie piersią, Zalecono karmienie piersią + LM. w ilości 6 fl. po 50,0 (1 : 1).

Waga: 26 czerwca—3350 grm., 27—3350, 28—3300, 29—3300.

Nie wymiotowała. Stolec prawidłowy.

3. Chłopiec, urodził się 13. II, przyjęty został do Domu Wychowawczego 9. IV z wagą 3700 grm Zalecono LM. w ilości 8 fl. po 100,0 (1 : 1), bez cukru.

Waga: 13 kwietnia 3600 grm., 14—3700, 15—3550. Wymioty. 16—3550, 17—3500, 18—3550, 19—3600.

Nie wymiotował podczas ostatnich dni. Stolec mydlasty. Wypisany został z Domu Wychowawczego z matką.

Pomimo objawów wybitnej dekompozycyi stolec przybrał wygląd mydlasty, wymioty były 1 raz, ogólny stan dziecka był znośny.

3. Przypadki dekompozycyi z bezwzględnie dobrym wynikiem stosowania larosanu, które jednak zakończyły się zejściem śmiertelnem, wskutek powikłania zatruciem, pochodzenia niekiszkowego (intoxicatio parenteralis).

1. Chłopiec, urodził się 24. II, przyjęty został do Domu Wychowawczego 7. III z wagą 2700 grm. Do 16. IV był karmiony piersią i ciągle zwracał; waga spadła do 2650 grm. Zalecono karmienie piersią + LM. w ilości 8 fl. po 50,0 (1 : 1).

Waga: 16 kwietnia — 2650 grm., 17—2700, 18—2750, 19—2800, 20—2850, 21—2850.

Stolec (3 razy) przez cały czas dobrze strawiony. Zwracanie ustało.

Waga: 22 kwietnia — 2950 grm., 23—2950, 24—3000, 25—3000, 26—3000, 27—3050, 28—3050, 29—3100, 30—3150, 1 maja —3150, 2—3200, 3—3200, 4—3150, 5—3200, 6—3300, 7—3250, 8—3250, 9—3250, 10—3150. Stolec wodnisty (zalecono ol. rącznikowy). 11—3150, 12—3200, 13—3150, 14—3200, 15—3250, 16—3270, 7—3350, 18—3300, 19—3250, 20—3200.

18. V wystąpiły objawy nieżytu oskrzelek, 19. V — objawy obustronnego nieżytowego zapalenia płuc. 21. V nastąpiła śmierć.

W tym przypadku waga od 16. IV do 20. V zwiększyła się o 550 grm., co należy wytłumaczyć działaniem larosanu.

2. Dziewczynka, urodziła się 13. XII 1912 r., przyjęta została do Domu Wychowawczego 9. IV 1913 r. Zalecono LM. w ilości 10 fl. po 100,0 (1 : 1).

Waga: 13 kwietnia — 4850 grm., 14—4850, 15—4800, 16—4700, 17—4700.

Stolec (3—4 razy) mydlasty. Nie wymiotuje.

Waga: 18 kwietnia — 4700 grm., 19—4800, 20—4900, 21—5000, 22—4950.

22. IV—objawy rozpoczynającego się grypowego zapalenia płuc (odoskrzelowego), które spowodowało śmierć w d. 11. V (waga w dniu śmierci wynosiła 4100 grm.).

4 Przypadki dekompozycyi z ujemnym wynikiem stosowania larosanu.

1. Dziewczynka, w wieku 2 mies. Do 27. V karmiona dotąd piersią często zwracała; pod wpływem stosowania larosanu zwracanie pokarmu zmniejszyło się. Zalecono karmienie piersią + LM. w ilości 6 fl. po 100,0 (1 : 1).

Waga: 27 maja—4500 grm., 28—4450, 29—4550, 30—4500, 31—4500, 1 czerwca 4450. Stolce (2—3) mydlasto-tłuszczowe. 2—4450, 3—4400.

Przeprowadzona na pierś, w dalszym ciągu również źle przybywa na wadze. I w tym przypadku larosan wywarł poniekąd dobryw wpływ: zwracanie pokarmu zmniejszyło się, stolec przybrał postać mydlastego, waga zaś stopniowo zmniejszała się.

**2.** Dziewczynka, w wieka 3 mies. Karmiona piersią, przybywała niedostatecznie na wadze. Zalecono karmienie piersią + LM. w ilości 3 fl. po 50,0 w postaci nierozcieńczonej, z dodatkiem 2% cukru, a od 14. V — nierozcieńczony LM. w ilości 6 fl. po 50,0.

Waga: 11 maja—4000 grm., 12 - 4050, 13—3950. 14—3950, 15—3950, 16—3800.

Nie wymiotuje. Stolec dobry.

Waga: 17 maja 3800 grm. 18—3770, 19—3550.

Od 15. V objawy nieżytu oskrzeli. 19. V t. 38,9—39,0. Objawy odoskrzelowego zapalenia płuc. Zapalenie płuc rozwija się na większej przestrzeni. Przeprowadzono dziecko na pierś. 25. V śmierć. Zejście śmiertelne spowodowane zostało w danym przypadku głównie przez zatrucie pochodzenia niekiszkowego (i n t o x i c a t i o p a r e n t e r a l i s).

**3.** Chłopiec, urodził się 15. IV, przyjęty został do Domu Wychowawczego 1. V (waga — 3300 grm.) z objawami niestrawności i dekompozycyi. Do 24. V był karmiony piersią; przez ten czas waga spadła do 3000 grm. Zalecono karmienie piersią + LM. w ilości 6 fl. po 100,0 (1 : 1) z dodatkiem 2% cukru.

Waga: 24 maja—3000 grm.. 25—2850. Stolec wodnisty. 26—2900, 27—2950, 28—2950. 29—3000. Stolec mydlasty. 30—2950, 31—2870. 1 czerwca — 2900, 2—2950, 3—2950, 4—2920. Stolec dosyć dobrze strawiony. 5—2950, 6—3000, 7—3050, 8 - 3000, 9—3050, 10—2950.

Od 11. VI stolec rzadki ze śluzem.

13. VI przeprowadzony wyłącznie na pierś, pomimo to 21. VI nastąpiła śmierć. W tym przypadku mleko larosanowe usunęło objawy niestrawności, która jednak następnie ponownie rozwinęła się, sprowadzając w wyniku zejście śmiertelne.

**4.** Dziewczynka, urodziła się 22. X 1912 r., przyjęta została do Domu Wychowawczego 24. IV 1913 r. z objawami dekompozycyi i nieżytu oskrzeli. Zalecono 1 porcyą mannej kaszy + 7 fl. po 100,0 (1 : 1) LM., a od 5. V — 7 fl. po 100,0 nierozcieńczonego LM.

Waga: 26 kwietnia — 3470 grm., 27—3500, 28—3450, 29—3400, 30—3400, 1 maja—3370.

Od 1. V do 8. V stolec częsty, wodnisty.

Waga: 2 maja — 3350 grm., 3—3200, 4—3150, 5—3150, 6—3150, 7—3160, 8—3100, 9—3080. Stolec mydlasty. 10—3150, 11—3150, 12—3150.

Matka zabrała dziecko do domu.

W tym przypadku LM. nie usunęło stopniowego zmniejszania się wagi.

**5.** Chłopiec, podrzutek. w wieku około 1 mies. Karmiony był piersią: waga spadła z 2750 do 2700 grm. Zalecono karmienie piersią + LM. 4 fl. LM. po 50,0 (1 : 1) z dodatkiem 2% cukru,

a od 24. IV — wyłącznie LM. w ilości 8 fl. po 50,0 (1 : 1) z dodatkiem 2% cukru.

Waga: 21 kwietnia — 2600 grm., 22—2600. Stolec dobry. Wymioty. 23—2600, 24—2600, 25—2550, 26—2550, 27—2450, 28—2450. Stolec rzadki. 29. IV — śmierć.

**5.** Dziewczynka, urodziła się 17. III, przyjęta została do Domu Wychowawczego 1. IV z wagą 3600 grm Z początku karmiona była piersią. Zalecono karmienie piersią + 4 fl. LM. po 50,0 (1 : 1) z dodatkiem 2% cukru, a od 12. V 6 fl. LM. po 100,0 (1 : 1) z cukrem.

Waga: 21 kwietnia — 3450 grm., 22—3450, 23—3400, 24—3400, 25—3450, 26—3370.

Nie wymiotuje.

Waga: 27 kwietnia — 3350 grm , 28—3300. 29—3300, 30—3300, 1 maja—3310, 2—3300, 3—3300, 4—3270, 5—3270, 6—3220, 7—3220, 8—3250, 9—3220, 10—3250, 11—3150, 12—3250, 13—3200, 14—3270, 15—3200, 16—3250, 17—3250, 18—3320, 19—3420, 20—3430, 21—3420, 22—3370, 23—3350, 24—3300, 25—3300. 26—3400, 27—3420, 28—3400. 29—3300, 30—3500, 31—3400, 1 czerwca — 3500, 2—3450, 3—3370, 4—3450, 5—3300, 6—3250, 7—3500.

Od 2. VI stolec rzadki. 8. VI przeprowadzona wyłącznie na pierś. Waga 3. VII — 3400 grm.

B. 1. Przypadki niestrawności z dobrym wynikiem stosowania larosanu.

**1.** Dziewczynka, urodziła się 12. V, przyjęta została do Domu Wychowawczego 20 VI z objawami niestrawności. Zalecono 8 fl. LM. po 100,0 (1 : 1).

Waga: 21 czerwca — 3600 grm., 22—3600, 23—3600, 24—3700, 25—3800, 26—3750, 27—3850, 28—3900.

**2.** Chłopiec, urodził się 6. I, przyjęty został do Domu Wychowawczego 28. I z wagą 4000 grm. Do 15. IV karmiony był piersią; notowano wówczas częste zwracanie pokarmu i wodnisty stolec Zalecono 8 fl. LM. po 100.0 (1 : 1), a od 20. IV dodano 2% cukru.

Waga: 16 kwietnia — 3570 grm., 17—3800, 18—3800, 19—3750 Dużo zwraca. 20—3800, 21—3800, 22—3850, 23—3850, 24—3850, 25—3900, 26—3800. Stolec rzadki. 27—3850, 28—3800, 29—3800. Zwraca. 30—3850, 1 maja—3800, 2—3850, 3—3950, 4—3850. Zwraca. 5—3850. Stolec mydlasty. 6—3750. Wymioty. 7—3600, 8—3650, 9—3750. Wymioty. 10—3650, 11—3700, 12—3700, 13—3800, 14—3650. Wymioty. 15—3700, 16—3750, 17—3700. Silne wymioty. 18—3800, 19—3790, 20—3750, 21—3850, 22—3850, 23—3800, 24—3840. Stolec dobrze strawiony. 25—3900,

26—3820, 27—3850. Wymiotuje mniej. 28—3870, 29—3900, 30—3900, 31—3800. Nie wymiotuje 1 czerwca — 3900, 2—3900, 3—3950,4—3950, 5—3900, 6—4050, 7—4050, 8—4050. Nie wymiotuje. Od 5. VI zalecono karmienie piersią + 4 fl. po 100,0 nierozcieńczonego LM.

Waga: 9 czerwca—4000 grm., 10—3950, 11—3850. Stolec rzadki. 12—3900, 13-3950, 14—4000, 15—3950, 16—4000, 17—4150, 18—4200, 19—4250, 20—4350, 21—4300, 22—4400, 23—4400, 24—4500, 25—4500, 26—4600, 27—4600, 28—4700, 29—4700.

W tym przypadku uporczywe wymioty pod wpływem larosanu ustały, i waga dziecka zaczęła nieźle się zwiększać: od 16. IV do 29. VI podniosła się o 950 grm.

**3.** Dziewczynka, urodziła się 8. II, przyjęta została do Domu Wychowawczego 5. III z wagą 3350 grm. Do 13. V były wymioty, biegunka które się trzymały i po zastosowaniu LM. do 18. V. 13. V zalecono karmienie piersią + 6 fl. po 50,0 (1 : 1) LM. z dodatkiem 1% cukru, od 21. V — 8 fl. LM. po 50,0 (1 : 1), a od 5. VI 7 fl. po 100,0 nierozcieńczonego LM bez cukru.

Waga: 13 maja—4300 grm., 14—4400, 15—4450, 16—4400, 17—4390, 18—4400, 19—4550, 20—4600, 21—4550, 22—4550, 23—4700, 24—4600. Stolec przez cały czas dobry. Nie wymiotuje. 25—4650, 26—4700, 27—4800, 28—4770, 29—4850, 30—4900, 31—4950, 1 czerwca—4900, 2—4900, 3—5000, 4—5000, 5—5100, 6—5050, 7—5150.

Zdrowa wypisana została do okręgu.

W tym przypadku od 13. V do 7. V przybyło dziecku na wadze 850 grm.

2. P r z y p a d k i n i e s t r a w n o ś c i z u j e m n y m w y n i k i e m s t o s o w a n i a l a r o s a n u (we wszystkich przypadkach oprócz tego miało miejsce ciężkie zatrucie pokarmowe).

**1.** Dziewczynka, urodziła się 26. II, przyjęta została do Domu Wychowawczego 12. III z wagą 2800 grm. Do 23. IV karmiona była piersią; od czasu do czasu zdarzały się wymioty i rzadkie stolce. Od 9. IV objawy obustronnego zapalenia płuc nieżytowego. 23. IV zalecono karmienie piersią + 4 fl. LM po 50,0 (1 : 1) z dodatkiem 2% cukru.

Waga: 23 kwietnia 2700 grm., 24—2700, 25—2750, 26-2750, 27—2750, 28—2750, 29—2750, 30 2750. Stolec rzadki.

W dalszym ciągu zapalenie płuc rozwinęło się na większej przestrzeni, przyłączyła się ospa wietrzna, i dziecko zmarło. Na sekcyi znaleziono: obustronne nieżytowe zapalenie płuc, ostry nieżyt jelit.

W tym przypadku pod wpływem mleka larosanowego wymioty ustały, stolec jednak pozostał wodnisty; waga nie zmniejszała się, pomimo objawów ciężkiego zatrucia jelitowego i zewnątrzkiszkowego.

**2.** Dziewczynka, podrzutek, w wieku około 2 tygodni, przyjęta została do Domu Wychowawczego 4. VI. Zalecono karmienie piersią + 7 fl. LM. po 50,0 (1 : 1). Zaraz po przyjęciu — stolec częsty, rzadki, wymioty.

Waga: 6 czerwca—3150 grm., 7—3100, 8—2950, 9—3000. Wymioty po mleku kobiecem. 10—3000, 11—3070 Stolec mydlasty. 12—3000, 13—3050, 14—3050, 15—3000, 16—3020, 17—3000, 18—3050, 19—3050, 20—3070, 21—3050, 22—3000, 23—3050. Mniej wymiotuje.

14. VI 3100. LM. odstawiono.

W tym przypadku wymioty zaczęły występować rzadziej; stolec przybrał postać mydlastego, lecz waga nie podnosiła się.

**3.** Chłopiec, urodził się 23. I, przyjęty został do Domu Wychowawczego 2. II z wagą 3600 grm. Silne wymioty i- biegunka. Zalecono LM. w ilości 8 fl. po 50,0 (1 : 1).

Waga: 19 kwietnia—3250 grm., 20—3250. Nieżytowe zapalenie płuc. 21—3200, 22—3150. Wymioty statu quo.

Śmierć. Na sekcyi znaleziono: ostryt nieżyt jelit, obustronne nieżytowe zapalenie płuc.

**4.** Dziewczynka, urodziła się 11. I, przyjęta została do Domu Wychowawczego 3. IV z wagą 2650 grm., biegunką i wymiotami. Zalecono LM. w ilości 8 fl. po 50,0 (1 : 1).

Waga: 13 kwietnia — 2600 grm., 14—2520, 15—2450. Nie wymiotujc. 16—2450. Nieżytowe zapalenie. 17—2450.

Śmierć. Na sekcyi znaleziono: obustronne zapalenie płuc, ostry nieżyt jelit.

**5.** Dziewczynka, urodziła się 29. I, przyjęta została do Domu Wychowawczego 6. III z wagą 3000 grm. i silnemi wymiotami. Zalecono LM. w ilości 8 fl. po 50,0 (1 : 1) do którego 19. IV dodano 2% cukru.

Waga: 16 kwietnia—3000 grm, 17—3000, 18—3000. Nie wymiotuje. 19—2900, 20—2950, 21—2900. Wymioty. 22—2850, 23—2950. Wymioty (skurcz odźwiernika?). 24—2900, 25—2900. Nieżytowe zapalenie płuc. 26—2950. Silne wymioty. 27—2850, 28—2850.

Śmierć. Na sekcyi znaleziono. obustronne nieżytowe zapalenie płuc, ostry nieżyt jelit.

**6.** Chłopiec, urodził się 15. II, przyjęty został do Domu Wychowawczego 11. III z wagą 2950 grm. W kwietniu — rzadkie stolce. Zalecono karmienie piersią + LM. w ilości 4 fl. po 100,0 (1 : 1) z dodatkiem 2% cukru, a od 4. V — 6 fl po 100,0 (1 : 1).

Waga: 28 kwietnia—3450 grm., 29—3450, 30—3500, 1 maja 3500. Nie wymiotuje. 2—3450, 3—3400. Stolec wodnisty. 4—3450, 5—3400, 6—3300, 7—3150. Stolec rzadki. 8—3150, 9—3050. Wymioty. 10—3150, 11—3170, 12—3200.

W dalszym ciągu przeprowadzony na pierś; waga podczas karmienia piersią 5. VII — 3350 grm.

7. Chłopiec, urodził się 5. I, przyjęty został do Domu Wychowawczego 7. VI z biegunką. Zalecono LM. w ilości 9 fl. po 100,0 w postaci nierozcieńczonej.

Waga: 8 czerwca — 5900, 9 — 6100, 10—6100, 11 — 6200. Stolec (4) mydlasty. 12 — 6100. Wymioty. 13—5900. Stolec rzadki. 14—5800. Wymioty. Stolec rzadki. T. = 37,1—38,3. Nieżytowe zapalenie płuc.

Przeprowadzony na pierś.

15. VI: Wymioty. T. = 37,8—38,3. Waga—5500 grm.
16. VI: Stolec bardzo wodnisty. T. = 37,4—39,7. Waga—5300.
17. VI: Wymioty. Stolec rzadki. T. = 39,0—38,6. Waga — 5300.
18. VI: Waga — 5000. Śmierć.

C. Przypadki zatrucia pokarmowego. Miały tu miejsce: przyćmienie przytomności, gorączka, spadek wagi.

1. Chłopiec, urodził się 6. IV; do Domu Wychowawczego przyjęty został 21. VI z wagą 5600 grm. Zalecono 10 fl. LM. po 100,0 (1 : 1).

Wagą: 24 czerwca — 5600, 25—5700, 26—5650, 27 - 5600, 28—5650, 29—5700.

Odtąd bez LM.; objawy zatrucia zaczęły przybierać na natężeniu; do 3. VII waga spadła do 4700 gr., a 10. VII dziecko zmarło.

2. Chłopiec, urodził się 6. II, przyjęty został do Domu Wychowawczego 16. II z wagą 3400 grm. Miewał biegunkę, wymioty; był blady, apatyczny. Zalecono LM. w ilości 9 fl. po 100,0 w postaci nierozcieńczonej, z dodatkiem 2% cukru. Od 9. IV do 7. VI nieżyt oskrzeli

Waga: 21 maja — 4000, 22—4100, 23—4200. Nie wymiotuje. 24—4050, 25—4070, 26—4070, 27—4100, 28—4120, 29—4150. 30—4150, 31—4170, 1 czerwca — 4150, 2—4100, 3—4000.

Przeprowadzony na pierś. 6. VII — 4500 grm. W tym przypadku pod wpływem mleka larosanowego czynności żołądka i jelit pozostawały normalne, waga zaś nie zwiększała się.

3. Chłopiec, urodził się 3. II, przyjęty został do Domu Wychowawczego 18. VI z objawami wybitnego zatrucia pokarmowego. Zalecono LM. w ilości 10 fl. po 100,0 (1 : 1).

Waga: 19 czerwca — 6700, 20—6650, 21—6450. Stolec częsty. 22—6250, 23—6050. Nie wymiotuje. Stolec bardzo rzadki. 24—5800. 25. VI — śmierć.

4. Chłopiec, podrzutek, w wieku około 2 tygodni, przyjęty został do Domu Wychowawczego 4. VI. Zalecono LM. w ilości 7 fl. po 100,0 (1 : 1).

Waga: 5 czerwca — 3070, 6—3050, 7—3100. 8—3100, 9—3100, 10—3100. Stolec rzadki. Nie wymiotuje. 11—3100, 12—3200, 13—3100. Stolec rzadki. 14—3100, 15—3000. Wymioty. Stolec rzadki.

Przeprowadzony na pierś.

Waga: 16 czerwca — 2900, 17—2750. Wymioty. Stolec częsty rzadki. 18—2700, 19—2550, 20—2350, 22—2250. Śmierć.

**5.** Chłopiec, urodził się 28. I, przyjęty został do Domu Wychowawczego 12. II z wagą 2970 grm. W kwietniu stwierdzono gruźlicę płuc; odczyn Pirquet'a — dodatni. Z początku karmiony był wyłącznie piersią, następnie piersią z dokarmianiem mlekiem krowiem (1 : 1) do 2. VI. Zalecono 8 fl. LM po 100,0 w postaci nierozcieńczonej, bez cukru.

Waga: 3 czerwca — 4250 grm., 4—4300, 5—4350, 6—4350, 7—4350, 8—4400.

Nie wymiotuje.

Waga: 9 czerwca—4350 grm., 10—4400, 11—4300, 12—4320, 13—4200, 14—4250. T. = 37,5—38,0.

Wymioty Stolec rzadki.

15. VI—3950 grm. Częsty stolec. T. = 38,9—38,7.

16. VI—3700. T. = 38,9—38,4

17. VI—3600. T. = 37,5—38,6.

18. VI—3550. T. = 37,5—37,8.

29. VI—3400. T. = 37,0—36,1. Śmierć

D. Przypadki krzywicy.

**1.** Chłopiec, w wieku 4 mies. przyjęty został do Domu Wychowawczego z objawami krzywicy, nieżytu oskrzeli, zapalenia ucha średniego Zalecono karmienie piersią (2 razy) + LM. w ilości 10 fl po 100,0 (1 : 1) z dodatkiem 2% cukru; od 27. IV — LM. w ilości 10 fl. po 100,0 (1 : 1), od 3. V — nierozcieńczony LM. w ilości 8 fl po 100,0, a od 25. V — nierozcieńczony LM. w ilości 10 fl. po 100,0.

Waga: 18 kwietnia — 5450, 19—5450, 20—5500, 21—5500, 22—5500, 23—5500.

Nie wymiotuje Stolec mydlasty.

Waga: 24 czerwca — 5550, 25—5450, 26—5450, 27—5500, 28—5600, 29—5700.

Ciepłota przez cały czas normalna.

Waga: 30 czerwca — 5600, 1 maja—5650, 2—5700, 3—5700, 4—5550, 5—5700, 6—5800, 7—5650, 8—5700, 9—5750, 10—5850, 11—5850.

Od 13. V do 23. V zapalenie gruczołów chłonnych.

Waga: 12 maja — 6000, 13—6000, 14—6050, 15—6040, 16—6040, 17—6050, 18—6050, 19—6100, 20—6200, 21—6200, 22—6200, 23—6300, 24—6270, 25—6300, 26—6300, 27—6400, 28—6600, 29—6620, 30—6650, 31—6750.

Zdrów, wypisany został do okręgu.

W danym przypadku waga od 18. IV do 31. IV zwiększyła się o 1300 grm.

2. Chłopiec, urodził się 6. V 1912 r., przyjęty został do Domu Wychowawczego 27. IV 1913 r. z objawami silnej krzywicy. Zalecono LM. w ilości 10 fl. po 100,0 w postaci nierozcieńczonej, z dodatkiem 2% cukru + 2 porcye kaszy mannej, od 13. V—buljon z żółtkiem, a od 10. VI — nierozcieńczony LM. w ilości 12 fl. po 100,0.

Waga: 28 czerwca—6800 grm., 29—6800, 30—6900, 1 maja—7200, 2—7400, 3—7700.

Nie wymiotuje Stolec mydlasty.

Waga: 4 maja — 7700 grm., 5—7650, 6—7550, 7—7600, 8—7800, 9—7950.

Od 6. V do 10. V objawy grypy.

Waga: 10 maja — 7950 grm., 11—7950, 12—7850. Stolec normalny. 13—7950, 14—8100, 15—8050, 16—8170, 17—8300, 18—8250. Stolec dobry. 19—8270, 20—8240, 21—8350.

Od 16. V do 28. V nieżyt oskrzeli.

Waga: 22 maja — 8350, 23—8300, 24—8350, 25—8450, 26—8500, 27—8500, 28—8500, 29—8550, 30—8500, 31—8500, 1 czerwca — 8550, 2—8650. Stolec dobry. 3—8650, 4—8650, 5—8700, 6—8500, 7—8500, 8—8450.

Od 8. VI do 11. VI stolec (4) wodnisty.

Waga 9 czerwca — 8400 grm., 10—8200, 11—8500, 12—8600, 13—8850, 14—9000.

Zdrów, wypisany został do okręgu.

W danym przypadku waga od 28. IV do VI zwiększyła się o 2200 grm. — wynik świetny.

3. Dziewczynka, urodziła się 31. XII 1912 r., przyjęta do Domu Wychowawczego 7. V 1913 r. z objawami krzywicy i czyraczności (furunculosis) (waga 4850 grm.). Zalecono karmienie piersią — LM. w ilości 6 fl. po 100,0 w postaci nierozcieńczonej, z dodatkiem 2% cukru.

Waga: 24 maja —4900 grm., 25—4850, 26—4820, 27—4900, 28—4900, 29—4900.

Nie wymiotuje. Stolec mydlasty.

Waga: 30 maja — 4850 grm., 31—4820, 1 czerwca — 4870, 2—4900, 3—4900, 4—4950, 5—4950, 6—4950, 7—4950.

Następnie, rozwinęły się objawy posocznicy, która spowodowała śmierć (co stwierdzone zostało na sekcyi).

W danym przypadku stolec był mydlasty, wymiotów nie było.

4. Chłopiec, urodził się 25. I, przyjęty został do Domu Wychowawczego 4 V z wagą 3950 grm. i z objawami krzywicy, niedokrwistości, nieżytu oskrzeli i czyraczności. Dotąd był karmiony piersią. Zalecono karmienie piersią + LM. w ilości 4—8 fl. po 100,0 w postaci nierozcieńczonej z dodatkiem 2% cukru.

Waga: 25 maja — 3650 grm., 26—3700, 27—3800, 28—3850, 29—3900, 30—3950.

Nie wymiotuje. Stolec dobry.

Waga: 31 maja — 4000 grm., 1 czerwca — 4050, 2—4000, 3—4050, 40—4100, 5—4200, 6—4050, 7—4150, 8—4050. Wymioty. 9—4050, 10—4000, 11—3900. Stolec rzadki. 12—3800, 13 - 3850, 14--3900, 15—3950, 16 -3950. Stolec dobrze przetrawiony. 17--3850, 18—3850, 19—3850, 20—3700. Stolec rzadki. 21—3600, 22—3550, 23—3700. Stolec znośny. 24—3700, 25—3800, 26—3850, 27—3900, 28—3900, 29—4000. 30—4200.

W tym przypadku waga z dużemi wahaniami od 25. V do 30. V zwiększyła się o 550 grm.

**5**. Chłopiec, urodził się 2. II, przyjęty został do Domu Wychowawczego 17. V z wagą 5250 grm. Zalecono karmienie piersią + LM. w ilości 4—6 fl. po 100,0 w postaci nierozcieńczonej, z dodatkiem 2% cukru.

Waga: 25 maja — 5050 grm., 26—5050, 27—5070, 28—5050, 29—5120, 30—5200.

Nie wymiotuje.

Waga: 31 maja — 5150 grm., 1 czerwca — 5100, 2—5100, 3—5000, 4—5000, 5—5100, 6—5100, 7—5050, 8—5150, 9—5100, 10—5000, 11—5000, 12—5100, 13—5000, 14—5100, 15—5100, 16—5150, 17—5100.

Przeprowadzony na mleko krowie. Pod względem zachowania się wagi wynik ujemny.

E. Przypadki, w których LM. było stosowane u zdrowych niemowląt, jako dodatek do mleka kobiecego lub jako pokarm podstawowy.

**1**. Chłopiec, w wieku 7 mies. Zalecono LM. w ilości 10 fl. po 100,0 w postaci nierozcieńczonej i 1 porcyę mannej kaszy.

Waga: 16 czerwca—6300 grm., 17—6350, 18—6450, 19 -6350, 20—6450, 21—6400, 22—6450.

Stolec przez cały czas normalny, mydlasty. Nie wymiotował. Ogólny stan bardzo dobry.

**2**. Chłopiec, urodził się 1. VII, przyjęty został do Domu Wychowawczego 8. VI. Matka posiada mało mleka. Zalecono karmienie piersią + LM. po 50,0 (1 : 1.

Waga: 20 czerwca—3650 grm., 21—3650, 22—3700, 23—3650. 24—3700, 25—3700.

Stolec przetrawiony. Nie wymiotuje.

Waga: 26 czerwca—3650 grm., 27—3700, 28 - 3650, 29—3700.

3. Dziewczynka, urodziła się 20. V, przyjęta została do Domu Wychowawczego 1. VI. Matka ma mało mleka. Zalecono karmienie piersią + LM. w ilości 4 fl. po 100,0 (1 : ), a od 24. VI—6 fl. LM. po 100,0 (1 : 1).

Waga: 15 czerwca—4450 grm., 16—4450, 17—4550, 18—4500, 19—4500, 20—4550.

Stolec dobry. Nie wymiotuje.

Waga: 21 czerwca—4650 grm., 22—4700, 23—4650, 24—4650, 25—4650, 26—4700, 27—4700.

4. Chłopiec, urodził się 21. III, przyjęty został do Domu Wychowawczego 26. III z wagą 3700 grm. U matki ilość mleka zaczęła się zmniejszać. Zalecono karmienie piersią + LM. w ilości 4 fl. po 100,0 (1 : 1), a od 9. VI—6 fl. LM. po 100,0 (1 : 1).

Waga: 31 maja — 5200 grm., 1 czerwca — 5150, 2—5150, 3—5170, 4—5200, 5—5100.

Stolec normalny. Nie wymiotuje.

Waga: 6 czerwca — 5150 grm., 7—5150, 8—5200, 9—5200, 10—5250, 11—5300, 12—5400.

W dalszym ciągu przeprowadzony na pierś + mleko krowie.

5. Chłopiec, podrzutek, w wieku około 3 mies., przyjęty został do Domu Wychowawczego z wagą 4500 grm. Do 23. VI karmiony był piersią. Zalecono karmienie piersią + 4 fl. nierozcieńczonego LM. po 100,0.

Waga: 23 czerwca—4100 grm., 24—4150, 25—4150, 26—4200, 27—4200, 28—4350, 29—4350, 30—4500.

Przybytek na wadze od 23. VI do 30. VI wynosi 400 grm.

Larosanowe mleko, jak okazuje się z powyższego, stosowałem przeważnie w kombinacyi z mlekiem kobiecem—w 49 przypadkach: w 24 przypadkach — dekompozycyi, w 10 przyp. — niestrawności, w 5 przyp. — zatrucia pokarmowego, w 5 przyp. — krzywicy i w 5 przyp. —u zdrowych niemowląt. Larosanowe mleko podawano przeważnie w trzygodzinnych odstępach czasu. Dzieci przyjmują go chętnie, zwłaszcza z domieszką cukru, przyczem ono samo przez się nie wywołuje wymiotów, co podkreślano w krótkich historyach chorób; stolec przybiera postać mydlastego, zmienia się na zasadowy.

Przechodząc do szczegółowego rozpatrzenia otrzymanych przeze mnie wyników stosowania mleka larosanowego w różnych postaciach chorobowych, przedewszystkiem muszę zaznaczyć, że z pośród 24-ch przypadków dekompozycyi mniej lub więcej dodatni wynik otrzymałem w 18 (75%); tu należy zauważyć, że dzieci w większości przypadków były dotąd karmione piersią lub piersią w połączeniu z mlekiem krowiem, przyczem albo bardzo źle, albo wcale nie przybywały na wadze; pod tym względem zasługuje na uwagę

przypadek 7-my z bezwzględnie dobrym wynikiem, gdzie wynędzniałemu dziecku przybyło na wadze 1750 grm. I w przypadkach z ujemnym wynikiem, na ogół bardzo ciężkich, waga w większości przypadków nie wykazywała dążności do spadku, występował mydlasty stolec, wymiotów nie obserwowano; otrzymano wrażenie, że i tutaj LM. chroni ustrój od wybitnego spalania.

Mniej zadawalniające wyniki otrzymałem w przypadkach niestrawności (z pośród 10 przypadków w 3 — wynik dodatni, a w 7 — ujemny), lecz i w przypadkach z ujemnym wynikiem mleko nie pozostało poniekąd bez dodatniego wpływu na florę jelitową, zwłaszcza, jeśli przyjąć pod uwagę, że w 5 przypadkach z pośród 7 przyłączyło się zatrucie pochodzenia niekiszkowego (obustronne nieżytowe zapalenie płuc).

Co się tyczy przypadków z objawami zatrucia pokarmowego (5), to wszystkie one były ciężkie; w 4 z nich nastąpiła śmierć wskutek zatrucia jelitowego. W takich przypadkach, jak wiadomo, i mleko kobiece, nie mówiąc już o Finkelstein'owskiem mleku białkowem, często nie wywiera żadnego wpływu.

Co się tyczy przypadków krzywicy, to zwracam uwagę na znaczny przybytek na wadze w przypadku pierwszym (od 18. IV do 31. V — 1300 grm.) i na bardzo znaczny przybytek w przyp. 2 (od 28. IV do 14. VI—2200 grm.).

Dobre wyniki dało mleko larosanowe, stosowane w postaci dokarmiania w przypadkach niedostatecznej działalności wydzielniczej gruczołów sutkowych u kobiet karmiących; tutaj, mojem zdaniem, odpowiednio rozcieńczone LM. więcej się nadaje, niż rozcieńczone mleko krowie.

Obawa dodawania cukru odżywczego do LM. podczas istniejącej jeszcze biegunki jest przesadzona, na co wskazują już różni autorzy; osobiście w kilku przypadkach nie spostrzegałem po dodaniu cukru szkodliwych wyników; nie należy tylko stosować cukru mlecznego. Nie spostrzegałem również szkodliwego działania nierozcieńczonego LM. u dzieci w wieku nie niżej 2 mies.

Streszczając swoje spostrzeżenia, muszę zaznaczyć, że LM., jako środek leczniczo-dyetetyczny, do pewnego stopnia odkażający jelita i wzmagający zdolność przyswajania

(Toleranz) mleka krowiego, przedewszystkiem wskazane jest w przypadkach dekompozycyi, niestrawności i w mniejszym stopniu w przypadkach zatrucia pokarmowego; daje ono również dobre wyniki i w przypadkach zatrucia pochodzenia niekiszkowego (intoxicatio parenteralis); utrzymując tutaj na pewnym poziomie odżywianie, jako środek dyetetyczny, ma ono bezwątpienia doniosłą wartość i u niemowląt, nawet we wczesnym okresie, jako dodatek do mleka kobiecego. Nie ustępując pod względem dodatniego działania na ustrój mleku białkowemu, mleko larosanowe przewyższa to ostatnie przez wzgląd na prosty sposób jego sporządzania, stosunkową taniość i bardziej przyjemny smak; z tego punktu widzenia — LM. powinno znaleźć zastosowanie zarówno w instytucyach dla niemowląt, jako też nie w mniejszym stopniu w praktyce prywatnej.

---

## PIŚMIENNICTWO.

1. Prof. Szkaryn. „Archiv für Kinderheilkunde", t. 46, zeszyt 3—4.
2. Prof. Finkelstein und dr L. F. Meyer. „Ueber Eiweissmilch. Ein Beitrag zum Problem der künstlichen Ernährung". 1911.
3. Beck. „Jahrbuch für Kinderheilkunde", t. 75, zeszyt 3.
4. Benfey. Ibidem.
5. Szabad. „Pedyatrya" (po rosyjsku), 1913. NrNr 4 i 5.
6. „Russkij Wracz", 1913. Nr 15, str. 518.
7. Prof. Stoeltzner. „Münchener medizinische Wochenschrift". Nr 6, 1913.
8. M. K. Forcart. „Münchener medizinische Wochenschrift". Nr 22, 1913.
9. Prof. Stoeltzner. „Medizinische Klinik". Nr 22, 1913.

---

# SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI.

## Przypadek błonicy skóry u 3-miesięcznego oseska.

Podał

**R. Stankiewicz,**

lekarz miejscowy szpitala.

Przypadki błonicy skóry u oseskόw, bez zmian odnośnych w nosie, jamie ustnej, gardzieli i górnych drogach oddechowych, należą do stosunkowo bardzo rzadkich postaci chorobowych. Przeglądając piśmiennictwo polskie za ubiegłych lat 10, nie znalazłem ani jednego przypadku błonicy skóry u oseskόw, w ścisłem tego słowa znaczeniu, każdy przeto przypadek wymienionej postaci chorobowej zasługuje na uwagę, w szczególności zaś nadaje się do szerszego omówienia przypadek błonicy skóry u oseska 3-miesięcznego, leczonego w roku ubiegłym w szpitalu Anny Maryi. Dotyczy on rodzeństwa: Ksawery i Czesławy K., skierowanych do szpitala przez kolegę T. Mogilnickiego.

Ksawera K., l. 2, chora od 3-ch dni, przybyła do szpitala 23. VII r. 1913 z objawami dławca krtani (dusznosć 3-go stopnia) i po upływie 14 godzin była intubowaną.

Czesława K., 3-miesięczny osesek, według opowiadań matki, już od 2-ch miesięcy miała wyprzenie po za uszami, na szyi, w pachwinach oraz na pośladkach. 22. VII zauważyła matka, że na szyi, po za muszlami uszu, i w fałdzie skóry między pośladkami a udem z obu stron, t. j. na tych miejscach, gdzie przedtem było wyprzenie, potworzyły się błonki. Pokazały się one po za muszlami uszu, później na szyi, a w końcu na narządach płciowych i w fałdzie między pośladkiem a udem.

Następnego dnia (24. VII) widział dziecko kol. Mogilnicki i wyraził przypuszczenie, że Czesława K. ma błonicę skóry; skierował też dziecko wraz z matką do szpitala, dokąd przybyło ono w dn. 24 lipca.

Dziecko 3 miesięczne, z objawami skazy wysiękowej. Waży 4500 gr., budowa drobna; odżywienie średnie; tkanka tłuszczowa umiarkowanie rozwinięta; skóra blado-różowa. W dolnej części lewego ucha, po za muszlą (u jej podstawy), skóra zaczerwieniona i pokryta nalotem żółtawo-białym, długości $1^1/_2$ ctm. i szerokości $^1/_2$ ctm.; błonka wystaje ponad powierzchnię skóry; brzegi błonki silnie zarysowane; grubość jej równa się grubości plasterka angielskiego; okalająca ją skóra mocno zaczerwieniona.

W górnej części muszli ucha prawego, u jej podstawy daje się zauważyć obraz zupełnie identyczny; w dolnej zaś części tegoż ucha po za muszlą, u jej podstawy, skóra wymokła, zaczerwieniona, na niej zaś widać błonkę na przestrzeni 2 ctm., o ostro zarysowanych brzegach, barwy żółtawo-białej, o powierzchni gładkiej.

Na skórze szyi, z przodu, wyprysk rozlany — (wyprzenie), w fałdach szyi po stronie prawej, na miejscu najwięcej rozwiniętego wyprzenia, dają się zauważyć 3 błonki, zupełnie podobne do błon na skórze uszu. Skóra, otaczająca brzegi nalotów, przedstawia obraz wyprysku sączącego. Błonki są do 4 ctm. długie i 1 ctm. szerokie; zdejmują się z powierzchni dosyć łatwo; powierzchnia obnażona skóry nie krwawi. Skóra na piersiach, plecach i brzuchu nie przedstawia zmian wybitnych.

W okolicy krocza, na wargach sromowych większych, w pachwinach — wyprzenie; oprócz tego na wargach sromowych większych, po stronie lewej, widać 3 nadżerki, jedna od drugiej w odległości 1 ctm.; są one wielkości małego ziarna grochu i pokryte żółtawo-białawym nalotem, wystającym ponad powierzchnię skóry, z ostro zarysowanymi brzegami. Podobny obraz przedstawia i warga sromowa większa prawa, na której wszelako prócz takichże nadżerek wielkości małego ziarnka grochu widać i mniejsze, w ilości pięciu, pokryte również żółtawo-białawym nalotem. Oprócz tego, w okolicy łechtaczki widoczne są drobne błonki. W fałdach skóry między pośladkami i udem, z obu stron, na miejscu wyprzenia, dają się zauważyć nadżerki skóry, pokryte nalotem, długości 2 ctm., szerokości $^1/_2$ ctm., o powyżej opisanych cechach. Brzegi tych nadżerek nie są nacieczone, lecz miękkie.

Kościec dziecka drobny; ciemię duże otwarte (5×4,5), szew strzałkowy wyraźnie wyczuwalny.

Układ gruczołowy nawet w okolicy chorej skóry bez zmian wybitnych.

Śluzówka jamy ustnej, gardzieli, oraz nosa prawidłowe; migdałki nieco przekrwione, narządy wewnętrzne bez zmian.

Rozpoznanie różniczkowe w danym wypadku nie było trudne, a to wobec dokładnych wywiadów. Odrazu nasunęła się myśl, że mamy do czynienia z błonicą skóry, tembardziej, że, według słów matki, u Czesławy K. naloty pojawiły się we 2 dni po zapadnięciu starszej córki, Ksawerci, na krup. Badanie bakteryologiczne, przeprowadzone przezemnie w pracowni szpitala Anny Maryi, w zupełności potwierdziło pierwotne przypuszczenie.

Naloty z uszu, szyi i narządów płciowych składały się ze ściętego włóknika; pośród gronkowców i paciorkowców znajdowały się prątki Löffler'a.

Ze śluzu jamy ustnej matki, starszej córki Ksawerci (krup intubowany) oraz z nalotów na uszach, szyi, narządach płciowych i fałdach pośladkowo-udowych 3-miesięcznego oseska, wyhodowałem na pożywkach laseczniki Löffler'a. W barwionych preparatach znalazłem typowe laseczniki Löffler'a, o ziarenkach biegunowych.

## BADANIE BAKTERYOLOGICZNE
wykonane w d. 25. VII r. 1913.

<table>
<tr><td>Matka. Zmian miejscowych w gardzieli nie spostrzegano.</td><td rowspan="2">u Matki i Ksawerci K., l. 2.</td><td rowspan="2">Na pożywkach wyhodowano lasecznik Löffler'a. W preparatach barwionych typowe laseczniki o ziarenkach biegunowych.</td></tr>
<tr><td>Ksawercia K., l. 2. Krup, intubowany po upływie 14 godzin. Zmian miejscowych w gardzieli brak.</td></tr>
<tr><td>Czesława K., 3-miesięczny osesek. Błonica skóry: muszli usznych, szyi, narządów płciowych i skóry fałd pośladkowych.</td><td colspan="2">Ze wszystkich wymienionych miejsc otrzymano hodowlę laseczników Löffler'a; w preparatach barwionych typowe prątki Löffler'a.</td></tr>
<tr><td>Śluz z jamy ustnej, nosa i jamy noso-gardzieliowej Czesławy K., oseska 3-miesięcznego.</td><td colspan="2">Na pożywkach i w preparatach barwionych: gronkowce i paciorkowce, brak laseczników Löffler'a.</td></tr>
</table>

Laseczników tych nie znalazłem wszelako w hodowlach z jamy ustnej, nosa i jamy noso-gardzielowej 3-miesięcznego oseska. Dzięki temu ustalono rozpoznanie pierwotnej błonicy skóry. Z drugiej strony miało to również dodatnie znaczenie w rokowaniu, gdyż, o czem powiem poniżej, błonica skóry, jako cierpienie samoistne, w większości przypadków daje rokowanie pomyślne.

Leczenie naszego przypadku błonicy skóry polegało na zastosowaniu śródmięśniowo surowicy swoistej w ilości 2000 jednostek uodporniających, prócz tego, miejsca porażonej skóry były z wynikiem bardzo dodatnim polewane surowicą 2 razy dziennie. Po tygodniu dziecko wypisało się zupełnie zdrowe.

Przebieg cały błonicy skóry był bezgorączkowy, przy ogólnym dobrym stanie. Błonki 3-go dnia samoistnie się oddzieliły, nadżerki zabliźniły się, i nawet samo wyprzenie zupełnie zostało wyleczone.

Błonicę skóry zaliczyć można do stosunkowo rzadkich postaci chorobowych. Było ono opisane przez: Bretonneau, Trousseau, jako cierpienie samoistne, które może powstać na skórze zupełnie normalnej. Zdaniem autorów niemieckich, błonicze zapalenie skóry rzadko spotyka się na skórze normalnej. Przeważnie zaś występuje ono na skórze chorej: na miejscach, zmienionych przez wyprysk, na ranach, na miejscach po pryszczydłach, wogóle tam, gdzie skóra pozbawioną została powierzchownej warstwy naskórka. Niektórzy autorzy, jak naprzykład Adler, nie sądzą, żeby to było warunkiem nieodzownym. Robił on doświadczenia na zwierzętach i otrzymał wyniki dodatnie.

Seitz, naprzykład, przytacza w swej monografii błonicy skóry następujący ciekawy przypadek u 40-letniego mężczyzny. Błonki dyfterytyczne na czole pojawiły się na 3 dzień choroby; następnego dnia — na lewym łokciu, 5-go zaś dnia — powyżej lewej sutki, to jest na takich miejscach, gdzie o odleżynie nie mogło być mowy. Błonica skóry u osesków najczęściej występuje w okolicy twarzy, muszli uszu, dalej na szyi, w okolicy odbytu, na napletku, mosznie. U dziewcząt zdarza się ona często na narządach płciowych, jako błonicze zapalenie sromu i pochwy; na wargach sromowych większych i mniejszych oraz w okolicy łechtaczki.

Niekiedy u osesków błonica umiejscawia się na palcach kończyn.

Müller opisuje przypadek błonicy krocza, narządów płciowych i palca prawej ręki, w którym błonica przebiegała pod postacią zanokcicy (panaritium). Częstość pojawiania się zmian na skórze w błonicy zależy bezpośrednio od cech danej epidemii (genius epidemicus). Wiadomo, że podczas niektórych epidemii bardzo często stwierdzano błonicę palców nóg i rąk. Colimani widział tę nietypową postać błonicy na parę dni przed zajęciem gardzieli oraz górnych dróg oddechowych. Z pośród 200 spostrzeganych przypadków błonicy Colimani spotkał w 50-ciu przypadkach zmiany na palcach, Kormüller widział też błonicę palców.

Błonica skóry zjawia się bądź to jako cierpienie samoistne, bądź też wtórne, w ciężkich postaciach błonicy posoczniczej, na skórze uprzednio zmienionej.

U osesków niekiedy widzieć można w błonicy naloty u kąta ust, pod nosem i po za muszlami uszu na miejscach, gdzie skóra uprzednio była zmieniona i pozbawiona powierzchownej warstwy naskórka. Heubner opisuje przypadek błonicy skóry z prawej strony twarzy i szyi u $1^1/_2$ rocznego dziecka ze skazą wysiękową. Na oznaczonych powyżej miejscach był wyprysk, na którym później pokazały się błonki błonicze. Heubner na podstawie spostrzeganych przezeń przypadków twierdzi, że błonica skóry jest u ose-

sków cierpieniem wtórnem: u dzieci osłabionych zjawia się po odrze, durze brzusznym i ospie wietrznej.

Wręcz odmiennego zdania jest Reiss; twierdzi on, że błonica skóry może występować u niemowląt i na skórze uprzednio zdrowej. Spostrzegał on przypadki błonicy skóry, w których nietylko że nie było zmian miejscowych na migdałkach, w jamie ustnej i nosie, lecz i badanie bakteryologiczne wykazało brak laseczników Löffler'a na śluzówce tych narządów. Lapiner podaje też przypadek błonicy skóry i narządów płciowych bez zmian odnośnych w nosie, jamie nosogardzielowej i jamie ustnej. Znane są też przypadki błonicy skóry, spostrzegane przez chirurgów.

A. Kolmer opisuje przypadek, dotyczący utworzenia się nalotów błoniczych po obrzezaniu: badanie bakteryologiczne wykazało obecność prątków Löffler'a.

Niedawno Deutschlaender opisał przypadek pierwotnej błonicy skóry z zejściem śmiertelnem, u 3-letniej dziewczynki, po operacyi plastycznej na udzie; 10-go dnia po operacyi na wewnętrznej powierzchni uda pokazał się naciek i zaczerwienienie w miejscu, gdzie skóra była starta pod uciskiem opatrunku gipsowego; pojawiły się owrzodzenia i błony na całej powierzchni kończyny, a następnie na skórze brzucha. Badanie drobnowidzowe wykryło laseczniki Löffler'a.

Jakkolwiek niektórzy autorzy opisywali przypadki błonicy skóry, jako cierpienie samoistne, to jednakże na zdrowej skórze zdarza się ona rzadko (Pfaundler i Schlossmann, Heubner).

Częściej atoli błonica skóry stanowi objaw wtórny w błonicy posoczniczej i występuje na skórze uprzednio zmienionej: na ranach, owrzodzeniach lub wyprysku (wyprzeniach). Reinhardt podaje przypadek błonicy skóry u 9-cio letniej dziewczynki; na tułowiu i piersiach widać było liczne ogniska wyprysku, pokryte strupami i błonami, dążącemi wgłąb skóry na 3 milimetry; sąsiednie gruczoły chłonne, pod pachami, były znacznie powiększone. Badanie pośmiertne wykazało też naloty w nosie i w górnym odcinku dróg oddechowych; z nalotów wyhodowano laseczniki Löffler'a.

Błonica skóry u dzieci najczęściej ma przebieg ostry i zejście śmiertelne, gdyż, jak wspominałem, częściej się zdarza ona w ciężkiej, posoczniczej błonicy, która zwykle daje niepomyślne rokowanie.

Nie mniej jednakże znane są przypadki o przebiegu przewlekłym. Tak np. Alan B. Stater opisuje przypadek, w którym 13-letnia dziewczynka chorowała na błonicę łącznic oczu, następnie rozwinęło się zapalenie skóry narządów płciowych, które przeszło na brzuch, piersi, plecy i szyję. Sprawa ta trwała lat 3, a w ciągu tego czasu wszelkie przysypki, przemywania, kąpiele, leczenie przeciwprzymiotowe — nie dawały dodatnich wyników. Dopiero badanie bakteryologiczne stwierdziło błonicę skóry i, po zastosowaniu surowicy swoistej, wyleczono chorą.

Spotykano błonicę skóry równocześnie z liszajcem zaraźliwym (impetigo contagiosa), który dosyć często zdarza się u dzieci i ma przebieg przewlekły (Thomas P. Puddicembe).

Zjawiskiem charakterystycznem w błonicy skóry jest to, że błonki mogą przenikać do głębszych warstw skóry i nie zawsze leżą powierzchownie, jak to ma miejsce do lekkiej postaci błonicy śluzówek. Przenikając do głębokich warstw skóry, powodują one powstawanie ropni i ropowic. Przypadki, opisane przez Neisser'a, Alb'a i D'Espine'a, wykazały, że w błonicy skóry nacieczeniu ulega nietylko skóra właściwa, lecz i warstwa siatkowa.

Drugą charakterystyczną cechą błonicy skóry jest niezmiernie szybki rozrost błonek po powierzchni; sprzyja zaś temu ta okoliczność, że skóra wydziela osocze, które ze swej strony rozmiękcza naokół zdrową skórę i usposabia do dalszego szerzenia się sprawy chorobowej. Swoistą też jest różnorodność umiejscowienia. Często spotykamy jednocześnie, w szczególności u osesków, zgodnie z mniemaniem wielu autorów, błonicę twarzy, muszli uszu, ucha, szyi, okolicy odbytu, napletka, moszny, a u dziewcząt — sromu.

Co do rokowania, jest ono w większości przypadków niepomyślne, tembardziej jeżeli błonica skóry wystąpi — jako objaw wtórny — w przebiegu posoczniczej postaci błonicy.

Deutschlaender zaleca następującą klasyfikacyę błonicy skóry:

1) Błonica skóry, jako przejaw posoczniczej postaci dyfterytu, przyczem najczęściej zajęte są palce i narządy płciowe.

2) Błonica skóry, jako cierpienie samoistne:

A) na skórze uprzednio schorzałej: wyprysk, rak, rany, owrzodzenia;

B) na zupełnie zdrowej skórze. Ostatnia postać błonicy zajmuje:

a) powierzchowne warstwy skóry;

b) głębsze warstwy skóry, z tkanką tłuszczową włącznie.

---

## PIŚMIENNICTWO.

1. Reinhardt. Zur Kenntnis der Hautdiphtherie. Virchows Archiv. Bd. 205, str. 452. 1911 r.

2. E. Adler. Hautdiphtherien im Kindersalter. Wiener med. Wochenschrift. Nr 26—28. 1909 r.

3. Reiss. Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 55. 1910 r. „Referate".

4. Lapiner. Ein Fall von Primär—Diphtherie der Haut und Geschlechtsteile. Centralblatt für Kinderheilkunde. Nr 12. 1901.

5. Müller. Ueber seltene Localisation des Diphtherie—bacillus auf Haut und Schleimhaut. Deutsche med. Wochenschr. Nr 6. 1894 r.

6. Deutschlaender. Ein Fall Diphtherie der Haut. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 115. 1913 r.

7. Alan B. Slater. Diphtherie der Haut. Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 49 „Referate“, str. 282. 1908 r.

8. Morozoff. „Błonica u noworodków i osesków“. Medic. obozrenje. Nr 3. 1909 r.

9. Philipp Kuhn. Primäre Nasendiphtherie mit Membranbildung im ersten Lebensmonat. Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 43, str. 116. 1908.

10. Rabek. „Błonica u ssawców“. Medycyna. Nr 37, str. 773. 1902 r.

11. Fiłatoff. Lekcyi ob ostrych infekcjonnych bolezniach. 1908 r.

12. Heubner. Lehrbuch der Kinderheilkunde. 1911 r.

13. Pfaundler und Schlossmann. Handbuch der Kinderheilkunde.

# WYKŁADY KLINICZNE.

## Wartość prognostyczna czynności dróg żółciowych i jelit u dzieci i jej ocena na zasadzie wyników systematycznego badania stolca za pomocą próby z sublimatem i kwasem octowym.

Według prof. d-ra Triboulet'a podała

**H. Śmiechowska.**

Dr Triboulet z Paryża w szpitaliku Trousseau'a stale posługuje się metodą badania stolca za pomocą próby z zastosowaniem sublimatu z 1% kwasem octowym w celu określenia przybliżonej wartości czynnościowej poszczególnych części przewodu pokarmowego — głównie wątroby i jelit.

Wątroba odgrywa najważniejszą rolę w ekonomii przemiany materyi płodu i noworodka; działalność jej rozpoczyna się wcześnie, gdyż smołka, jak się okazuje, jest czystą bilirubiną. W stolcach niemowląt można wykazać obecność bilirubiny przez okres pierwszych kilku tygodni życia. W drugim miesiącu życia stolec już jej nie zawiera, natomiast wykazuje produkt modyfikacyi, ewent. odtleniania (reductio) i hydratacyi bilirubiny: z punktu widzenia chemicznego jest to hydrobilirubina; klinicznie zaś znany jest pod nazwą sterkobiliny. Obecność tej ostatniej, stanowiącej produkt modyfikacyi żółci pod wpływem działania normalnego soku kiszkowego, stwierdzić można w odchodach stolcowych przy pomocy różnych sposobów. Metoda d-ra Triboulet'a jest najszybsza i najprostsza.

W tym celu bierzemy do probówki trochę kału (m. w. $1/_2$ ctm³), poczem dodajemy 10—15 ctm³. wody przekroplonej; następnie, kłócimy mieszankę aż do rozpuszczenia się kału i wlewamy 8—10 kropel mieszanki sublimatu z kwasem octowym *).

Po upływie godziny otrzymujemy na dnie probówki osad zabarwiony, a nad nim płyn przezroczysty lub mętny.

---

*) Wody 100 gr., sublimatu 3,50, kwasu octowego 1 ctm³.

B a r w y, odpowiadające zmianom barwnika żółciowego, mogą być sprowadzone do 4 typów:

I. Różowa, czerwona, fioletowa dowodzi obecności sterkobiliny (stan normalny).

II. Zielona zależy od utlenionej bilirubiny.

III. Żółta wskazuje na obecność czynnika, pod względem składu chemicznego nie określonego, lecz posiadającego znaczenie objawu groźnego w fizyologii patologicznej.

IV. Biała, białożółta jest wynikiem braku barwników żółcio wych (acholia).

Tak więc, pomiędzy stolcami, zawierającymi sterkobilinę, a stolcami, wykazującymi brak barwników żółciowych, istnieją postacie pośrednie, będące przejściem od stanu normalnego do anormalnego: wykryć je można dzięki całej gamie barw: zielonej, żółtej, szarej, i t. d. Dr T r i b o u l e t w tych przypadkach, gdzie za życia stwierdzano obecność normalnej sterkobiliny, stwierdził na sekcyi brunatne zabarwienie żółci; żółci żółtej, zielonkawej i bezbarwnej odpowiada odczyn barwy żołtej, zielonej albo negatywnej, co upoważnia go do poczytywania odczynów barwnych, spostrzeganych w stolcu, za wyraz zaburzeń czynności dróg żółciowych.

Co się tyczy płynu nad osadem, bywa on mętny, przezroczysty lub mętnawy. Nie wchodząc w szczegóły, można powiedzieć, iż męty zależą od obecności rozcieńczonego śluzu jelitowego. Potwierdzenie kliniczne powyższego zapatrywania znajdujemy w fakcie, że męty istnieją w warunkach normalnych; podczas choroby zaś w miarę pogarszania się stanu osobnika stopniowo znikają; płyn przezroczysty spostrzegany bywa wyłącznie u dzieci, znajdujących się w stanie zaniku (sekcya wykazuje w tych razach również zanik jelit).

Z a s t o s o w a n i e k l i n i c z n e. Stolec normalny u większości niemowląt daje pod wpływem działania sublimatu z kwasem octowym — o s a d r ó ż o w y, co znaczy, że działalność wątroby jest normalna; płyn nad osadem — różowo zabarwiony, mętny — dowodzi normalnej czynności jelit. (Wyjątek stanowią czasem oseski, u których, według G i l b e r t'a, H e r s c h e r'a i T r i b o u l e t'a, daje się zauważyć zabarwienie zielone pod wpływem obecności bilirubiny). Pomijając ten szczegół, dr T r i b o u l e t na podstawie wyników, dotyczących przeszło 200 spostrzeżeń, twierdzi kategorycznie, że sterkobilina istnieje w warunkach normalnych.

Natomiast, przeciwnie, u dzieci, dotkniętych zanikiem (athrepsia), zauważyć się daje osad b e z b a r w n y, płyn zaś nad nim — p r z e z r o c z y s t y; na sekcyi żółć — jasno-żółta, jelita — w zaniku (8 spostrzeżeń). W stanach pośrednich jakość odczynu zależy od wahań w stanie odżywienia danego osobnika: zyskowi na wadze odpowiada odczyn różowy, spadek pociąga za sobą zmianę zabarwienia, a mianowicie — odpowiada mu barwa żółta; zaburzenia w trawieniu wywołują zniknięcie zabarwienia.

B ł o n i c a ś l u z o w a t a j e l i t a (entérite gastro-intestinale) powoduje odczyn zielony, gdyż śluz zatrzymuje bilirubinę. Na-

suwa się obecnie pytanie, czy można vice versa interpretować znaczenie objawów klinicznych na zasadzie zachowania się odczynów barwnych w stolcu. Tak jest — ocena zachowania się dwu zasadniczych pierwiastków trawienia: żółci i nabłonka jelitowego pozwala oryentować się w niektórych stanach gastrycznych, gdzie ani waga, ani wygląd zewnętrzny dziecka, ani właściwości stolca nie dostarczają żadnych danych, upoważniających do ustalenia rokowania. To samo da się powiedzieć o dziecku gorączkującem.

Dr Triboulet stosował próbę swą we wszystkich postaciach klinicznych patologii dziecięcej, w szczególności w sprawach zapalnych. Odczyn normalny pozwala przewidzieć szczęśliwy przebieg choroby, pomimo pozornej grozy, gdyż barwa różowa osadu oraz mętny wygląd płynu są dowodem, iż niemowlę posiada pewne środki obrony.

Jeżeli badanie stolca wykazuje odrazu zabarwienie żółte osadu lub osad bezbarwny, płyn zaś przezroczysty, — niebezpieczeństwo jest nader poważne: wynik choroby (w 100% przyp.) bywa fatalny. Odczyn d-ra Triboulet'a, rzeczywiście pomocny w niektórych przypadkach, zdaniem autora, winien być, jako taki, brany pod uwagę w klinice; co więcej, autor wyraża przypuszczenie, iż próba ta może być nawet punktem wyjścia dla opoterapii (jelitowej, trzustkowej, wątrobnej), t. j. jedynie racyonalnej, jego zdaniem, terapii przyszłości.

---

# Ropne sprawy uszne u dzieci *).

Według Brun'a podała

M. Erlichówna.

Budowa ucha dziecięcego sprzyja rozwojowi spraw ropnych dla przyczyn następujących: 1) Kanał Eustachiusza jest krótszy, szerszy; położenie jego jest więcej poziome, niż u człowieka dorosłego, dzięki czemu jest ułatwione przedostawanie się drobnych ciałek obcych z jamy nosowo-gardzielowej do ucha; 2) przez szew skalisto-strzałkowy (*s. petroso-squamosa*), który jest właściwie nie zarośniętą szparą, przechodzą naczynia, łączące błonę śluzową ucha średniego z oponami mózgowemi; za ich pośrednictwem ropa z ucha średniego dostaje się łatwo do mózgu; 3) w niektórych przypadkach brak zupełny stropu jamy bębenkowej (*tegmen tympani*)—wówczas wytwarza się bezpośredni kontakt opony twardej z błoną śluzową; 4) w ściance dolnej ucha średniego, znajdującej się w zetknięciu z żyłą szyjną, znajdują się często szpary, przez które ropa może

*) La pediatria, Nr 5, 1912.

przejść na ścianę tego naczynia; 5) komórki wyrostka sutkowego rozwijają się dopiero około 3-go roku, wnętrze więc tej kości jest jedną jamą, która komuuikuje się z uchem średniem za pomocą szerokiego wejścia (aditus) i oddzielona jest od niego za pomocą blaszki podziurkowanej. Dlatego zdarza się często, że ropa nie przedostaje się odrazu do wnętrza wyrostka sutkowego przed przeniknięciem do zewnętrznego przewodu słuchowego; 6) błony śluzowe są obficiej zaopatrzone w naczynia i gruczoły, co sprzyja rozwojowi spraw zapalnych; 7) tkanka limfoidna w jamie nosowogardzielowej jest u dzieci więcej rozwinięta, co sprzyja również rozwojowi stanów zapalnych, w szczególności w przypadkach przerostu tej tkanki.

Oprócz wymienionych czynników fizyologicznych odgrywają tu rolę i inne jeszcze, np.: niedostateczna dbałość o czystość u dzieci, dziedziczność, cierpienia przewlekłe (przymiot, gruźlica).

Co się tyczy drobnoustrojów, wywołujących te sprawy, to, jak się okazuje, poszczególne zarazki nie wywierają swoistego wpływu na charakter zapalenia. Zapalenie ropne ucha średniego u osesków daje objawy następujące: podniesienie ciepłoty, niepokój, krzyk, apatyę, zaburzenia trawienia. Ostatni objaw zależny jest zwykle od tego, że osesek łyka ropę, która drogą kanału Eustachiusza przedostaje się do jamy nosowogardzielowej. U dzieci starszych przybywa nowy objaw w postaci bólu, który znacznie ułatwia rozpoznanie. Przebieg choroby może być zakończony pomyślnie, o ile ropa przebija się nazewnątrz przez bębenek, lub też lekarz wykona przekłucie bębenka po ustaleniu rozpoznania. Rokowanie może być wtedy dobre co do zachowania dziecka przy życiu, rzadko jednak udaje się zachować mu normalny słuch. Zwykle pozostaje otwór w bębenku, zesztywnienie stawów w kosteczkach słuchowych wskutek utworzenia się blizn i t. p.

Zapalenie ropne ucha przybiera postać cierpienia przewlekłego u dzieci zołzowatych, syfilitycznych, gruźliczych. Pozatem postać ostra przechodzi w postać przewlekłą: 1) o ile dziecko nie jest leczone; 2) jeśli drenowanie nie wystarcza do zupełnie wolnego odpływu ropy: 3) jeśli przerost tkanki limfoidnej podtrzymuje stan zapalny; 4) jeśli w ognisku zapalnem tworzy się ziarnina lub, co gorsza, wskutek ciągłego podrażnienia narasta w uchu średniem nabłonek, z którego może wytworzyć się perlak (*cholesteatoma*).

Przewlekłe zapalenie ropne cechują: ropotok z ucha, ograniczenie słuchu oraz szum, rzadziej ból w uchu. Przebieg jest zwykle ciężki, często trwa przez całe życie. Zatrzymanie się ropy wskutek rozrostu ziarniny lub nabłonka może wywołać na pewien czas zaostrzenie sprawy, poczem znów przybiera ona charakter sprawy przewlekłej. Leczenie ma na celu: 1) usunięcie przyczyn ogólnych, podtrzymujących sprawę (nieżyty, zołzy etc ); 2) leczenie miejscowe. Należy więc przedewszystkiem ułatwić ropie odpływ, następnie przemywać ucho płynami o lekkich własnościach odkażających (woda utleniona, sublimat $^1/_{5000}$, jod i t. d.), unikając środków, ścinających białko, jak wyskok, gdyż wówczas tworzą się duże grudki ropy, które nie mogą przejść przez otwór bębenka.

Sprawy zapalne ropne w uchu średniem powstają często w zależności od chorób zakaźnych zarówno ostrych, jak i przewlekłych. Przedewszystkiem więc wywołuje zapalenie ucha średniego gruźlica, przyczem rzadziej za pośrednictwem krążenia krwi, częściej zaś przez kanał Eustachiusza z jamy ustnej. Przebieg bywa zwykle przewlekły. Leczenie polega na przemywaniu gliceryną z jodoformem. Zajęcie wyrostka sutkowego spotyka się nierzadko u dzieci do lat 7-iu. Rozpoznanie gruźliczego zapalenia ucha możliwe jest do ustalenia zwykle dopiero po dokonaniu operacyi i zbadaniu mikroskopowem tkanki. Rokowanie w tych przypadkach nie jest złe gdyż sprawa zwykle umiejscawia się i nie przechodzi prawie nigdy na opony mózgowe.

Przymiotowi dziedzicznemu towarzyszą często zaburzenia słuchowe, wywołane przez zapalenie ucha średniego, przechodzące następnie na błędnik. Rozpoznawanie w tych razach jest bardzo łatwe wobec innych objawów klinicznych przymiotu.

Płonicę często wikła zapalenie ropne średniego ucha, w postaci ciężkiej lub lekkiej, bądź w pierwszych dniach choroby, bądź w 3-im tygodniu. Sprawa ta zwykle bywa następstwem zakażenia paciorkowcowego. Anatomicznie można rozróżnić 3 postacie zapalenia ucha w przebiegu płonicy: 1) postać lekką surowiczą; 2) postać ropną, dającą często powikłania mózgowe; wreszcie 3) postać błoniczą, która prowadzi do zupełnego zniszczenia narządu słuchowego. W przypadkach zajęcia uszu w przebiegu płonicy autor radzi stosować bardzo słabe środki odkażające do przemywania nosa i gardzieli, jak np.: $^1/_2$—1%-owy roztwór lapisu, 1%-owy mentol.

W przebiegu odry zapalenie ucha średniego bywa równie częstem powikłaniem, jak w płonicy. Przebieg jednak bywa tu zwykle łagodniejszy. Postępowanie zapobiegawcze winno być oparte tutaj na tych samych zasadach, na jakich opiera się ono w płonicy. W przebiegu ospy wietrznej zdarza się również, wprawdzie nie często, zapalenie ucha średniego. Należy więc baczną zwracać uwagę w tych cierpieniach wysypkowych na stan jamy nosowogardzielowej.

Zapalenie ucha średniego zdarza się również w błonicy, przytem w uchu rzadziej spotykane bywają postacie wczesne — jako powikłanie, częściej natomiast późniejsze — jako objaw ogólnego zakażenia błoniczego. Za tem przemawiają wyniki badania pośmiertnego; stwierdzono bowiem duże zmiany w uchu i w gardzieli przy prawie normalnym kanale Eustachiusza. W postaciach, powstających w okresie późniejszym błonicy, zakażenie ucha następuje wskutek zakażenia kanału. Leczenie polega na przemywaniu wodą utlenioną i stosowaniu surowicy leczniczej. Występujące w przebiegu grypy zapalenie ropne średniego ucha jest następstwem zakażenia lasecznikiem Pfeiffer'a, późniejsze — zwykłych drobnoustrojów ropotwórczych. Powikłanie to, zdarzające się często w pierwszym roku życia, prowadzi stopniowo do utraty słuchu, o ile towarzyszący mu zwykle znaczny obrzęk przejdzie na ucho wewnętrzne.

Zapalenie ropne ucha średniego zdarza się w 50%—70% przypadków ostrych zapaleń dróg oddechowych (płuc, oskrzeli), przyczem występuje w 5-ym—8-ym dniu choroby. Częste zjawisko w tych razach stanowią objawy oponowe, zależne od sprawy usznej, a nie od sprawy pierwotnej właściwej. Zdarzające się często w przebiegu duru brzusznego zapalenie ucha przechodzi na wyrostek sutkowy i przy ciężkim przebiegu choroby prowadzi czasem do martwicy kości. Pozatem zapalenie ropne ucha może wikłać przebieg zapalenia ślinianki przyusznej, krztusiec i rzerzączkę, wzgl. rzerzączkowe zapalenie oczu u noworodków. Leczenie polega na przemywaniu — podobnie, jak oczu, — 1%-owym rozczynem protargolu. Następnie, autor obszernie omawia znane ogólnie powikłania zapalenia ropnego ucha średniego, podkreśla doniosłość wczesnego rozpoznania i konieczność interwencyi w przypadku przedostawania się ropy do części sąsiednich drogami. omówionemi na początku pracy; w ten bowiem sposób można często uniknąć powstania spraw zapalnych wewnątrz czaszki lub też wystąpienia utraty słuchu.

Dalej, zwraca autor uwagę na fakt, że niekiedy zapalenie ropne ucha jest zaraźliwe; za tem przemawia fakt, że czasem kilkoro dzieci w jednej rodzinie choruje na zapalenie ropne ucha, przyczem charakter i objawy cierpienia są wtedy we wszystkich przypadkach identyczne. Wobec tego dzieci, chore na zapalenie ropne ucha, należy odosabniać od dzieci zdrowych.

W końcu autor radzi badać ucho i oglądać bębenek dziecka we wszystkich cierpieniach bez wyjątku, w celu możliwego uniknięcia tego ciężkiego powikłania lub też osiągnięcia jaknajłagodniejszego przebiegu.

# OCENY
## i notatki bibliograficzne.

---

L. F. Meyer. **Ueber den Hospitalismus der Säuglinge.** Berlin, 1913. Wydanie Karger'a. Str 78.

Ciekawy sam przez się temat „hospitalizmu" został przez autora opracowany w sposób bardzo zajmujący na podstawie materyału niemowlęcego Finkelstein'a.

Po krótkim wstępie, zaznajamiającym czytelnika ogólnie z pojęciem „hospitalizmu", autor rozpatruje znaczenie poszczególnych czynników, składających się na to pojęcie: 1) zakażenie kiszkowe, 2) nieracyonalne odżywianie, 3) niedostateczna pielęgnacya, a następnie przechodzi do szczególnej analizy spostrzeżeń własnych oraz statystyki domu sierot i przytułku dla dzieci w Berlinie za szereg ubiegłych lat.

Porównywując ogólną cyfrę śmiertelności w tych zakładach z odsetką zejść śmiertelnych wskutek zaburzeń odżywiania, autor przekonał się, iż nie zmieniła się ona w ostatnich latach na lepsze, pomimo iż częstość tych ostatnich znacznie się zmniejszyła. Przyczyną, która tak ujemnie wpłynęła na śmiertelność niemowląt w obu zakładach, było powiększenie się ilości zejść śmiertelnych wskutek cierpień narządów oddechowych.

Omówienie znaczenia czynnika tego dla „hospitalizmu" stanowi treść następujących rozdziałów, końcowe zaś, poświęcone wyjaśnieniu związku między zakażeniem i odżywianiem, uzupełnione są licznemi krzywemi, uwidoczniającemi różnicę między zaburzeniami odżywiania ex infectione a zaburzeniami ex alimentatione oraz odmienne w każdym przypadku leczenie.

Na drodze ciągłego ulepszania techniki żywienia niemowląt oraz racyonalnego leczenia zaburzeń odżywiania z jednej strony, a walki z zakażeniami dróg oddechowych — z drugiej, jesteśmy w stanie zredukować śmiertelność niemowląt w szpitalu do minimum i dowieść w ten sposób, iż „hospitalizm w znaczeniu dawnych autorów nie istnieje wogóle. *H. Rozenblatówna.*

**Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde.** Tom XI. Berlin. 1913. Nakład J. Springer'a. Str. 838, rycin 58, tablic 21.

Niemann omawia kwestyę, która dla wieku niemowlęcego jest dotychczas dość słabo jeszcze opracowana. Główną przyczyną tego są trudności techniczne, związane z metodami badań nad przemianą gazów wogóle, u niemowląt zaś tem większe ze względu na brak czynnego współdziałania ze strony badanego objektu.

Pierwsze doświadczenia w tym kierunku zawdzięczamy Rubner'owi i Heubner'owi (1898 r.), którzy podjęli je między innemi i dla tego, by na tej drodze określić ilość pożywienia, konieczną dla normalnego rozwoju oseska (biorąc za punkt wyjścia ilość energii, w pożywieniu tem zawartą, a wyrażoną w kaloryach).

Z autorów ostatniej doby odnośną kwestyą najwięcej zajmowali się: Schlossmann, Langstein, Bahrdt-Edelstein i Niemann, badając przemianę gazów u osesków zarówno przy różnych sposobach odżywiania, jak też u osobników zdrowych oraz w stanach chorobowych.

Artykuł Niemann'a, w szczegółach nie nadający się zupełnie do streszczenia, jest, o ile można wnioskować z podanego piśmiennictwa, pierwszym zbiorowym referatem z tego zakresu, i jako taki, zasługuje na szczególną uwagę.

Grosser rozważa kilka zagadnień z dziedziny przemiany materyi fosforowej, m. i. pytanie—czy istnieją różnice w przyswajaniu organicznych i nieorganicznych związków fosforu, pytanie, ważne nietylko teoretycznie, lecz i praktycznie ze względu na tak popularne obecnie w lecznictwie stosowanie różnych środków, zawierających fosfor w postaci organicznej (glicerofosfaty, lecytyna, phytyna i i.). Większość prac doświadczalnych z odnośnej dziedziny nie może być brana pod uwagę ze względu na wadliwą metodykę doświadczeń, na zasadzie tych niewielu jednakże, które autor uważa za miarodajne, możemy z zupełną pewnością orzec, iż ustrój ludzki posiada zdolność pokrywania zapotrzebowania fosforu zarówno za pomocą związków nieorganicznych, jak i lecytyny lub innych połączeń fosforu organicznych, przyczem te ostatnie nie przedstawiają żadnej wyższości w porównaniu z pierwszymi.

Z kwestyi ściśle pedyatrycznych autor omawia stosunek związków fosforowych do choroby Barlow'a i krzywicy. Co do pierwszej, zależność ta jest jeszcze problematyczna, co do krzywicy zaś — autor przypuszcza możliwość „wewnętrznego głodu fosforowego“, t. j. utraty zdolności przyswajania fosforu przez ustrój w ten sposób, iżby tworzył z wapniem związki, przyswajalne przez kości i inne tkanki.

Engel omawia szczegółowo topografię różnych grup gruczołów oskrzelowych u dzieci oraz wyniki badań roentgenologicznych w tej dziedzinie, kładąc szczególny nacisk na błędną technikę pośmiertnych badań porównawczych w tej postaci, w jakiej się je zwykło wykonywać, t. j. na podstawie zwykłej autopsyi, podczas gdy należy w tym celu utrwalać narządy klatki piersiowej in situ

za pomocą injekcyi formaliny i krajać je mikrotomem w różnych płaszczyznach. Dopiero skrawki te, odpowiednio zabarwione, w których gruczoły limfatyczne klatki piersiowej rozmieszczone są zupełnie tak, jak za życia, mogą być porównywane ze zdjęciami roentgenowskiemi.

Na podstawie zbadanego w ten sposób dużego materyału autor uważa, iż wartość dyagnostyczna roentgenografii gruczołów oskrzelowych jest znacznie bardziej ograniczona, niż zwykliśmy przypuszczać. Przyczyną tego jest okoliczność, iż gruczoły oskrzelowe zajmują przestrzeń „cienia środkowego“ (Mittelschatten), utworzonego przez kręgosłup, mostek i serce z naczyniami; cień ten zasłania gruczoły oskrzelowe tembardziej, im młodsze jest dziecko, i im szersza jest klatka piersiowa. Najkorzystniej pod tym względem są położone l. gl. broncho-pulmonales dextr. i tracheo-bronch. dextr., gorzej — gruczoły lewej połowy klatki piersiowej, a najgorzej — gruczoły środkowe, t. j. lympho-gl. bifurcationis, których wogóle nie można uwydatnić na zdjęciu roentgenowskiem. Fakt ten jest tembardziej godny pożałowania, iż ta właśnie grupa gruczołów jest najczęściej ogniskiem sprawy gruźliczej w postaciach chorobowych, które klinicznie oznaczamy ogólnikowo, jako „gruźlicę gruczołów oskrzelowych“.

Hecht omawia wyniki badań elektrokardyograficznych nad dziećmi na podstawie odnośnego piśmiennictwa oraz — głównie — własnych prac z pracowni elektrokardyograficznej c. k. dziecięcej kliniki uniwersyteckiej w Wiedniu. Rozdział ten, nie nadający się do streszczenia ze względu na liczne tablice oraz krzywe, jest cennem źródłem dla każdego, chcącego zapoznać się z elekrokardyografią u dzieci.

Mac Callum w rozdziale o gruczołach przytarczowych i tężyczce porusza również stosunek tych narządów do tężyczki dziecięcej i uważa, iż niema dość przekonywających dowodów, aby móc twierdzić, iż ciała nabłonkowe odgrywają jakąś rolę w etyologii tego cierpienia.

Hornemann i Müller poruszają wielce aktualną sprawę urządzeń, mających na celu ochronę przed szerzeniem się zakażeń w szpitalach dziecięcych i omawiają istniejące w obecnej chwili systemy izolacyi chorych: 1) system boksów zamkniętych (typu szpitala Pasteur'a w Paryżu), 2) boksów otwartych (typu szpitala Hérold w Paryżu), oraz 3) izolacyę łóżek bez boksów (bed isolation), stosowaną w wielu szpitalach angielskich, a polegającą na tem, iż łóżka rozstawione są na odległości 2—2½ m., a odpowiednio wyszkolony personel zachowuje w stosunku do chorego wszelkie prawidła a—i antyseptyki. Ten ostatni czynnik uważają autorzy—w przeciwieństwie do Lesage'a — za niezmiernie ważny dla uchronienia chorych od wzajemnego zakażania się za pośrednictwem personelu pielęgniarskiego i sądzą, iż, przystępując do budowy szpitala dziecięcego, należy się dziś kierować następującemi zasadami: ograniczenie wentylacyi w duchu Lesage'a, bed-isolation, bezwzględna a i — antyseptyka oraz jaknajwiększa ilość światła w salach. Boksy zaś

można stosować wtedy, gdy dla ubocznych powodów odległość pomiędzy łóżkami musi wynosić mniej, niż 2 metry.

Zybell, omawiając ropne zapalenie opłucnej u niemowląt, zwraca uwagę na złe wyniki zabiegu operacyjnego w tym wieku i poleca postępowanie zachowawcze (aspiracya ropy za pomocą strzykawki). Szczegóły tego sposobu leczenia zostały przez autora podane w Monatsschr. f. Kinderheilk. 1912, str. 93.

Rozdział o roznosicielach bakteryi błonicy, opracowany przez Weichardt'a i Pape'go, należy również do tych, które zwracają na siebie uwagę pedyatry. Zawiera on krytyczny przegląd całego piśmiennictwa w odnośnej kwestyi i daje dokładne pojęcie o niebezpieczeństwie, grożącem ze strony roznosicieli laseczników Löffler'a w rodzinie, szkole, szpitalu etc., oraz o bezowocności wszystkich dotychczasowych metod zwalczania tego niebezpieczeństwa. *H. Rozenblatówna.*

H. Spitzy. **Die körperliche Erziehung des Kindes.** Berlin-Wiedeń. Nakład Urban'a & Schwarzenberg'a, 1914 r., str. 416 (wraz z piśmiennictwem), rycin 194.

Książka stanowi streszczenie wykładów o fizycznem wychowaniu dziecka, systematycznie prowadzonych przez autora przez trzyletni okres czasu w uniwersyteckiej klinice dziecięcej w Gracu. Przeznaczając ją, jako podręcznik dla prowadzących tego rodzaju wykłady, S. miał przedewszystkiem na względzie lekarzy specyalistów-ortopedystów, którzy, jego zdaniem, powinni posiadać umiejętność nie tylko leczenia różnych zniekształceń ustroju dziecięcego, lecz, co jest rzeczą również bardzo ważną, zapobiegania ich powstawaniu. Materyał jest opracowany w porządku chronologicznym, odpowiednio do przebiegu rozwoju dziecka. Główną uwagę poświęca autor okresowi życia, dotąd, według niego, najmniej z punktu widzenia właściwych wymagań wychowania fizycznego uwzględnianemu, a mianowicie —okresowi wczesnego dzieciństwa i wieku przedszkolnego. Łatwy wykład, ilustrowany licznemi rycinami, wśród których znajdują się i odbitki znanych dzieł sztuki, czynią książkę przystępną również dla czytelnika, nie posiadającego fachowej wiedzy lekarskiej. *S. Łyskawiński.*

Wyszło z druku II-gie, uzupełnione przez d-ra G. Jochmann'a, wydanie (pośmiertne) książki prof. H. Immermann'a p. t.: „**Schweissfriesel**". Wiedeń i Lipsk. Nakład A. Hölder'a. 1913, str. 93 (wraz z piśmiennictwem).

Jest to wyczerpująca monografia, oparta przeważnie na źródłach francuskich i włoskich; w stosunku do piśmiennictwa niemieckiego, dotyczącego tego przedmiotu, autor zajmuje stanowisko bardziej krytyczne; jakkolwiek bowiem ono zawiera dużo prac pod tym tytułem, nie wszystko da się zastosować ściśle do właściwej prosówki potnej, jako odrębnej jednostki chorobowej: większość z nich ma na względzie zwykłą prosówkę objawową (ustalenie „prosówki

p o t n e j" — jako swoistej postaci klinicznej — w piśmiennictwie niemieckiem jest zasługą właściwie dopiero A. H i r s c h'a) *).

*S. Ł.*

Wyszła z druku I część tomu I-go i I część tomu II-go wydawnictwa zbiorowego p. t.: **„Handbuch der allgemeinen, Pathologie und der pathologischen Anatomie des Kindesalters"**, pozostającego pod naczelnem kierownictwem H. B r ü n i n g'a i E. S c h w a l b e'go. (Wiesbaden. Nakład Bergmann'a). Pierwsza z nich zawiera prace następujące:

H. B r ü n i n g. — Historya rozwoju patologii dziecięcej.

E. S c h w a l b e. — Normalne różnice wieku a wzrost w wieku dziecięcym. Wiadomości ogólne o przyczynach chorób u dzieci. Kwestya usposobienia do chorób w zależności od wieku.

J. G. M ö n c k e b e r g. — Patologia tkanek w wieku dziecięcym.

E. P e i p e r. — Parazytologia wieku dziecięcego.

H. B e i t z k e. — Choroby zakaźne u dzieci.

B. W o l f f. — Wiadomości ogólne o wadach rozwojowych i cierpieniach okresu płodowego.

H. M e r k e l. — Nowotwory wieku dziecięcego.

W drugiej znajdujemy prace następujące:

O. B ü t t n e r. — Choroby, powstające podczas porodu.

A. P e t e r s. — Patologia i anatomia patologiczna oka w wieku dziecięcym.

M. W o l t e r s. — Cierpienia skóry u dzieci.

E. W i e l a n d. — Patologia szczegółowa narządów ruchowych u dzieci.

E. T h o m a s. — Gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem.

G. F i s c h e r. — Zęby.

H. P i b b e r t. — Choroby narządów oddechowych.

M. H o h l f e l d. — Patologia grasicy.

W. H. S c h u l t z e. — Cierpienia narządów płciowych męskich.

A. B e n n e c k e. — Cierpienia narządów płciowych żeńskich.

R. B o r r m a n n — Choroby narządów moczowych.

C. S t e r n b e r g. — Choroby przewodów otrzewnej.

*S. Ł.*

---

*) U nas poruszył ten temat w ostatnich czasach dr. J. B r u d z i ń s k i, podając opis 2 kazuistycznych przypadków p r o s ó w k i p o t n e j, spostrzeganych przezeń w szpitalu Anny-Maryi w Łodzi w r. 1907 (patrz protokół XXXV-go posiedzenia sekcyi pedyatrycznej przy Warsz. Tow. Lek. z d. 18. IX 1913 r.).

Połowa II-ga tomu II-go dzieła p. t.: **„Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten“** zawiera prace następujące:

Dr E. Mairinger. — Ospa wietrzna, ospa naturalna, szczepienie.

Prof. dr J. Citron — Przyusznicy zapalenie nagminne.

Prof. Bruno Salge. — Odra, różyczka, płonica.

Dr H. Hetsch — Wąglik.

Dr H. Stoerk. — Przyczynek do kliniki limfatyzmu i innych nieprawidłowości rozwoju.

Dr H. Politzer. — Nerka w wieku młodzieńczym (przyczynek do kwestyi białkomoczu ortostatycznego). *A. M.*

MIEJSCE
WOLNE

# STRESZCZENIA.

M a d i g l i a n o. **W sprawie nowej teoryi leczenia chorób i zastosowania jej w gruźlicy.** (Pediatria, Nr. 7, 1913).

We florenckiem towarzystwie lekarskiem profesor L e v y wygłosił odczyt o nowym przetworze jodowym *„iodio allotropico"* własnego wynalazku; środek ten, wprowadzony do ustroju zwierzęcego jednocześnie z drobnoustrojami chorobotwórczymi, czyni je zupełnie nieszkodliwymi dla zwierzęcia; zastrzyknięty choremu na gruźlicę zmniejsza liczbę prątków gruźliczych w plwocinie do 50%, wstrzykiwany pod skórę wołu, chorego na gruźlicę, wywołuje gojenie się ognisk gruźliczych w płucach, które przerastają we wszystkich kierunkach nowo-powstałe naczynia krwionośne. Na zasadzie tych doświadczeń, L e v y wypowiada śmiałe przypuszczenie, że wszystkie przypadki rozpoczynającej się gruźlicy mogą być wyleczone przy pomocy powyższego przetworu jodowego, i że w ten sposób wkrótce zniknie zupełnie to cierpienie. Autor stosuje ten środek od roku według wskazówek wynalazcy, a mianowicie: bądź podaje go do wewnątrz w ilości 3 —10 kropel 1—2 razy dziennie w pół szklance wody, bądź zastrzykuje pod skórę tę samą ilość w roztworze fizyologicznym soli kuchennej, bądź też stosuje zewnętrznie w postaci płukania, smarowania lub wcierania. Wyniki leczenia dotychczasowe są doskonałe, w szczególności, w przypadkach gruźlicy gruczołowej u dzieci: pod wpływem stosowania wcierania *„iodio allotropico"* w gruczoły przy jednoczesnem podawaniu go w kroplach do wewnątrz osiągano zupełny powrót do normy nawet w przypadkach daleko posuniętych zmian w gruczołach. W przypadku ropnego zapalenia gruczołu z przetoką, której w żaden sposób nie można było zagoić, intensywne stosowanie przetworu L e v y' e g o sprowadziło już po kilku dniach zabliźnienie rany i ogólną poprawę. Ten sam wynik dało leczenie wewnętrzne i zewnętrzne swoistego zapalenia stawu biodrowego; co się tyczy spraw płucnych, to próby leczenia ich w powyższy sposób trwają dopiero od kilku miesięcy, wobec czego autor powstrzymuje się tymczasem od jakichkolwiek wniosków, zaznacza jednakże, że stan chorych, leczonych w sposób powyższy, ulega poprawie. Co się tyczy spraw pochodzenia nie-

gruźliczego, świetne wyniki otrzymał autor pod wpływem miejscowego leczenia torbieli wola, jako też ogromnego ropnia na karku.

*Marta Erlichówna.*

Bacmeister. **Czy gruźlica wierzchołków płuc powstaje drogą inhalacyi czy za pośrednictwem krwiobiegu?** (D-tsche med. Woch. 1913. Nr. 24, str. 1134).

Autorowi udało się wywołać u królików gruźlicę, rozpoczynającą się w wierzchołkach tylko wtedy, gdy gdziekolwiek w ustroju zwierząt były już dawniejsze ogniska gruźlicze, pochodzące z wcześniejszego zakażenia. Jako przyczynę powstawania gruźlicy w wierzchołku, uważa autor wszystkie te czynniki, które powodują zastój i utrudniony odpływ limfy z wierzchołków, jak to: zwężenie górnego otworu klatki piersiowej, zatkanie dróg chłonnych kurzem lub inne mechaniczne przeszkody. Dopóki tych czynników niema, mogą prątki gruźlicze przebywać w wierzchołkach bez jakiejkolwiek szkody dla tych ostatnich. Dalsze doswiadczenia wykazały, że, o ile uprzednio wytworzymy wymienione czynniki mechaniczne, sprzyjające zastojowi w wierzchołkach, możemy wywołać zakażenie tylko przez krwiobieg; jeżeli zaś doświadczenie przeprowadzić w odwrotnym kierunku, t. j z początku dać wdychać zwierzęciu materyał zaraźliwy, a potem wytworzyć miejscowe warunki sprzyjające, wtedy udaje się i drogą inhalacyi otrzymać zakażenie wierzchołków.

*Karol Rieder.*

Brandes i Man. **Laseczniki gruźlicze we krwi w przypadkach gruźlicy chirurgicznej.** (D-tsche med. Woch. 1913, Nr 24, str. 1137).

W 6-ciu przypadkach gruźlicy początkowej autorzy znaleźli laseczniki gruźlicze we krwi 1 raz; w 24 przypadkach gruźlicy daleko posuniętej — 14; na 10 wyleczonych albo gojących się przypadków — 3 razy. Z tego wyciągają antorzy ujemny wniosek o znaczeniu rozpoznawczem i prognostycznem tej sprawy. Z zestawienia badanego przez autorów materyału z wynikami badań innych autorów okazuje się, że, im jest starszy pacyent, tem częściej otrzymujemy dodatni wynik badania krwi. Po 5-tem dziesięcioleciu zmniejsza się znowu ilość dodatnich wyników. Sporną kwestyę, czy znajdywane we krwi laseczniki są rzeczywiście prątkami gruźliczymi, odnośnie do swoich przypadków rozstrzygają autorzy w kierunku dodatnim. A że tylko w 45$^0/_0$ wynik był dodatni, tłumaczą to tem, że wszak z ogólnej ilości laseczników, które z ogniska chorobowego stale dopływają do krwi, duża część zostaje w niej zniszczoną. Na tej własności organizmu, dającej mu możność zwalczania nowego zakażenia przy pomocy krążących zarazków opierają autorzy swoje wymagania co do konieczności organizowania celowej walki z gruźlicą, mającej na celu polepszenie ogólnego stanu chorych za pomocą dobrego odżywiania, oddychania dobrem powietrzem w sanatoryach, letniskach i t. p. *Karol Rieder.*

G o e b e l. **O obecności laseczników gruźliczych we krwi.** (D-tsche med. Woch. 1913. Nr 24, str. 1131).

Autor znalazł u psów, świnek morskich, myszy i szczurów te same, dodatnio podług G r a m' a zabarwiające się, prątki i ziarenka, których obecność była stwierdzana we krwi zarówno chorych na gruźlicę, jak i zdrowych ludzi. Nie są to laseczniki gruźlicze; czem one są, wykażą dopiero dalsze badania.

*Karol Rieder.*

M ö l l e r s. **Przyczynek do etyologii gruźlicy kości i stawów.** (D-tsche med. Woch. 1913. Nr 38, str. 1826).

We wszystkich 12 badanych przypadkach gruźlicy kości i stawów znalazł autor laseczniki gruźlicze typu ludzkiego. Ze statystyki wszystkich, opisanych przez innych autorów i przez M ö l l e r s a, 163 przypadków, w których był określany typ lasecznika, tylko w 4 przyp., t. j. w 2,45%, okazał się typ bydlęcy. Jedyny F r a s e r, który badał 70 przypadków gruźlicy kości i stawów, znalazł w 61, t. j. w 2% — typ bydlęcy i tylko w 38,8% — typ ludzki. Rozbieżność ta w wynikach, otrzymanych z jednej strony przez F r a s e r'a, a z drugiej — przez wszystkich innych autorów, nie daje się na razie wytłumaczyć.

*Karol Rieder.*

E l s ä s s e r. **Doświadczenia z tuberkuliną Rosenbach'a.** (D-tsche med. Woch. 1913. Nr 25, str. 1198).

Autor potwierdza wyśmienite działanie tuberkuliny R o s e n b a c h'a, szczególniej, o ile się daje ją zastosować wprost do ogniska, a więc w pierwszym rzędzie w przypadkach gruźlicy chirurgicznej. Autor stosował ją też i w przypadkach gruźlicy krtani z niemniej dobrym wynikiem. Wreszcie, przeszedł do stosowania jej w przypadkach gruźlicy płuc, lecz zastrzykując wprost do ogniska z zewnątrz. Sam posiada jeszcze małe doświadczenie, więc o wynikach mówić nie może, natomiast z tego, co już robił, zapewnia o zupełnej nieszkodliwości i łatwości samego zabiegu, zachęcając do dalszych prób w tym kierunku.

*Karol Rieder.*

R e p a c i G. **W sprawie gruźlicy dziedzicznej.** (Riv. di Clinica Pediatrica. Nr 4, 1913 r.).

Autor podaje wyniki spostrzegania klinicznego i badań anatomiczno-patologicznych w przypadku ciężkiej prosówki u oseska 39-dniowego, którego matka zmarła wkrótce po połogu wśród objawów ciężkiej gruźlicy. Niestety, łożysko nie zostało zbadane co do obecności w niem prątków gruźliczych i zmian gruźliczych. Mimo to autor jest zdania, że był to przypadek gruźlicy wrodzonej, a to ze względów następujących: 1) we wszystkich tkankach znaleziono kolosalne ilości laseczników gruźlicy; 2) zmiany anatomiczne były też b. wybitne: w wielu miejscach znaleziono nawet masy serowate; 3) matka karmiła oseska tylko przez 4 dni; był to zbyt krótki okres na to, żeby go mogła zarazić, tembardziej, że sutki miała zupełnie

zdrowe; 4) śmierć z powodu gruźlicy, nabytej przed 3-im miesiącem, należy do wyjątków, gdyż czas ten jest zbyt krótki na to, aby mogło nastąpić zakażenie, i aby gruźlica mogła się do tego stopnia rozwinąć w ustroju. *Marta Erlichówna.*

S c h e l b l e. **Gruźlica w wieku dziecięcym.** (D-tsche med. Woch. 1913, Nr 23, str. 1083).

Mówiąc o częstości spotykanej u dzieci gruźlicy, należy odróżniać ilość zakażeń gruźliczych bez objawów klinicznych od ilości zachorzeń na gruźlicę, względnie ilości śmiertelnych przypadków gruźlicy.

Co się tyczy kategoryi pierwszej, to H a m b u r g e r znalazł w Wiedniu przy pomocy odczynu P i r q u e t'a, uzupełnianego czulszą śródskórną reakcyą, stopniowe zwiększanie się odsetki zakażeń, które w wieku dojrzewania płciowego dochodzi do 94%. H i l l e n b e r g znalazł w tym wieku w mniejszem mieście 44% zakażonych Z nowowstępujących uczniów reagowało dodatnio 8%, po roku pobytu w szkole już — 32%; zakażenie dzieci wśród warstw zamożniejszych zdarza się, według twierdzenia S c h l o s s m a n n'a, znacznie rzadziej; dokładnych danych jednak nie posiadamy.

Z materyału sekcyjnego szpitalnego wynika, że śmiertelność z powodu gruźlicy wynosi:

w 1-ym roku życia $^2/_3$ wszystkich zejść śmiertelnych,
od 2-go do 5-go „ „ $^3/_4$ „ „ „
od 6-go do 15-go „ „ $^1/_{10}$ „ „ „

Dane te jednak, według autora, są zbyt wysokie ze względu na specyalnie zaniedbany stan dzieci, przybywających do szpitala. I tu nie posiadamy ścisłych danych co do ilości skonów na gruźlicę.

Z pośród tych wielu, zakażonych gruźlicą i reagujących dodatnio na tuberkulinę, za chorych na gruźlicę możemy uważać jednak tylko te dzieci, u których znajdujemy kliniczne objawy gruźlicy. Na 24000 dzieci w szkołach w Królewcu było tylko 31 z gruźlicą, a z tych tylko 5-ro miało gruźlicę płuc. Na 15211-ro dzieci szkół początkowych w Danii, gdzie istnieje obowiązek regestrowania każdego przypadku gruźlicy, w 1,6% przyp. — stwierdzono gruźlicę płuc, a w 0,57% — gruźlicę kości i stawów. 0,9% wszystkich dzieci do lat 10 zaregestrowano jako gruźlicze, nie licząc tych, które wcale nie były pokazywane lekarzom.

Dalej, autor omawia trudności, jakie nastręcza sprawa rozpoznawania gruźlicy gruczołów, otrzewny i opon mózgowych, a za najtrudniejsze uważa rozpoznanie gruźlicy płuc, która się zaczyna i przebiega inaczej, niż u dorosłych. Naogół, im dziecko jest młodsze, tem ostrzejszy jest przebieg gruźlicy. Sprawa patologiczna nie umiejscawia się przeważnie w wierzchołkach, lecz również często w innych częściach płuc. Za ważne środki pomocnicze przy ustalaniu rozpoznania uznaje autor — promienie R o e n t g e n'a, badanie plwociny na obecność prątków tbc., aglutynacyę, a jako najprostszy, najłatwiej w praktyce wykonalny — odczyn P i r q u e t'a.

Ujemny wynik tego ostatniego dowodzi:

1) że ustrój nie jest zakażony prątkami gruźliczymi;

2) że jest zakażony dopiero przed kilkoma tygodniami i nie zdążył jeszcze wytworzyć przeciwciał swoistych; należy wtedy wykonać powtórną próbę po upływie kilku tygodni;

3) że ustrój jest silnie zakażony, ale jednocześnie tak ciężko chory, że nie może wyrobić dostatecznej ilości przeciwciał. Wykluczyć należy przypadki z ostremi chorobami zakaźnemi.

Wynik dodatni mówi tylko ogólnie o tem, że ustrój jest zakażony lasecznikami gruźliczymi. Ponieważ w pierwszem półroczu życia prawie wcale niema zakażenia, a w drugiem tylko zdarza się ono rzadko, jednak bez jednoczesnego zachorowania na gruźlicę, więc w tym okresie życia dodatni wynik odczynu dowodzi zachorowania na gruźlicę. W późniejszych latach należy dodatni wynik odczynu P i r q u e t'a uważać za jednoznaczny z resztą objawów. Również nie można na zasadzie wyniku odczynu tuberkulinowego zdecydować o gatunku zarazka (ludzki czy bydlęcy).

Inne metody odczynów tuberkulinowych nie mogą konkurować z odczynem P i r q u e t'a. Określenie wskaźnika opsonicznego jest u dzieci jeszcze zbyt mało zbadane. Jednem słowem, nie posiadamy prostej, a jednocześnie bezpiecznej metody stosowania próby tuberkulinowej, która by dawała pewność co do obecności czynnej gruźlicy u dziecka.

Metodę badania krwi na zawartość laseczników uważa autor dotychczas jeszcze za nie wystarczającą ze względu na niepewne wyniki.

Mówiąc o rokowaniu w gruźlicy, twierdzi autor, że dzieci, zakażone w pierwszym, a nawet w drugim kwartale życia oraz wykazujące dodatni odczyn skórny, napewno umierają na gruźlicę. Dzieci, zakażone pod koniec pierwszego roku życia, mogą pozostać przy życiu, ale gruźlica występuje u nich i klinicznie. Ta własność ustroju dziecięcego, polegająca na oddziaływaniu na zakażenie — w postaci zachorowania, trwa do 5-go roku życia. Gruźlica otwarta w pierwszych latach życia jest bezwzględnie śmiertelną. Im bliżej okresu dojrzewania płciowego jest ustrój, tem lepsze jest rokowanie.

Leczenie tuberkuliną uważa autor za niedojrzałe jeszcze do stosowania ogólnego poza szpitalem. Stosowanie środków leczniczych nie ma też pewnych podstaw. Często stosowaną bywa elektro- i roentgenoterapia, a w gruźlicy płuc V o g t zaleca wykonanie sztucznej odmy płucnej. Najwięcej korzyści przynosi ogólne fizykalno-dyetetyczne leczenie, czyste powietrze i słońce. Jako środek zapobiegawczy należy zalecać izolacyę dzieci, szczególniej do 4-go roku życia, od ludzi dotkniętych gruźlicą. *Karol Rieder.*

B r o w n. **O odczynie Pirquet'a u małych dzieci.** (Archives of Pediatrics, Nr. 9, 1913).

Autor wykonał odczyn P i r q u e t'a u 650-rga dzieci.

Z pośród 62-rga dzieci, będących w wieku od 1 do 3 miesięcy,

próba ta wypadła dodatnio tylko w trzech przypadkach, w których badanie pośmiertne wykazało zmiany gruźlicze. Z 59-rga pozostałych u 10-rga badanie pośmiertne stwierdziło brak zmian gruźliczych.

Z pośród 102 przypadków, dotyczących dzieci w wieku od 3 do 6 miesięcy, próba P i r q u e t'a była dodatnia w 7-iu (w 6-iu z nich stwierdzono ogniska gruźlicze). Co się tyczy przypadków pozostałych, to w 13-stu z nich wykonano badanie pośmiertne z wynikiem ujemnym w kierunku zmian gruźliczych.

U dzieci w wieku od 6 do 12 miesięcy próba P i r q u e t'a była wykonana 217 razy, wypadając dodatnio—43 razy, przyczem w 81% przypadków wykryto gruźlicę. Co się tyczy przypadków z wynikiem ujemnym odczynu P., badanie pośmiertne wykonano w 19 przypadkach, przyczem tylko raz jeden stwierdzono prosówkę gruźliczą. Jest to jedyny przypadek autora, w którym wynik próby P i r q u e-t'a nie zgadzał się z wynikami badania pośmiertnego.

Na ogólną ilość 156-ciu przypadków, dotyczących dzieci w wieku od 12 do 18 miesięcy, tylko 37 przyp. dało wynik dodatni odczynu P i r q u e t'a; w 20 z pośród nich stwierdzono gruźlicę anatomicznie lub bakteryologicznie. Z pośród 119 przypadków, w których otrzymano wynik ujemny, tylko w 15-tu badanie pośmiertne wykazało brak gruźlicy. Wreszcie, autor wykonał tę próbę u 112-rga dzieci, w wieku od 18 do 24 miesięcy. W 24 przypadkach z wynikiem dodatnim stwierdzono gruźlicę sekcyjnie za każdym razem. Co się tyczy 88 pozostałych, wykonano badanie pośmiertne tylko 4 razy, lecz z wynikiem ujemnym.

Na ogólną ilość 100 przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowych — w 95-ciu próba P i r q u e t'a wypadła dodatnio. Z pracy swojej autor wyprowadza wniosek, że ujemny wynik odczynu P i r q u e t'a u dziecka przemawia przeciwko obecności ogniska gruźliczego, o ile nie jest ono chore na odrę lub też nie jest w stanie niebezpiecznym. *Marta Erlichówna.*

R o t s c h i l d. **Chemoterapeutyczne doświadczenia, dotyczące sprawy leczenia chorych gruźliczych.** (Deutsche med. Woch. 1913, Nr. 25).

Ustrój nasz jest z natury zaopatrzony w środki do prowadzenia walki z zarazkiem gruźliczym. W sprawie samoistnego zniszczenia prątków gruźliczych decydującą rolę odgrywają limfocyty. Rola ich polega z jednej strony na dostarczaniu zaczynu, rozszczepiającego tłuszcz i otoczkę woskową oraz kwasy tłuszczowe w ustroju bakteryi, z drugiej strony — na uczuleniu drobnoustrojów przez wydzielanie amboceptorów, które przygotowują fagocytozę. Produkty przemiany materyi drobnoustrojów, jako też chemiczne składniki ich ciał (proteiny, tłuszcze i substancye lipoidowe), działają jako antygeny częściowe i wywołują tworzenie się przeciwciał częściowych. Pochłanianie (fagocytoza) przez leukocyty wielojądrzaste stanowi sprawę końcową walki przeciw ciałom bakteryi. Gdyby natura zawsze działała podług tego idealnego planu, wtedy każda gruźlica sama by się wyle-

czyła. Jednak względnie dość często natura zawodzi. W każdem miejscu tego systemu samouodpornienia mogą wystąpić zaburzenia, które uniemożliwiają walkę naturalną.

Jeżeli niedostatecznem jest tworzenie się przeciwciał przeciwko produktom przemiany materyi bakteryi, to wtedy możemy pomódz ustrojowi albo na drodze biologicznej, wzgl. za pomocą biernego uodpornienia, które w gruźlicy ludzkiej dotychczas jeszcze mało się udaje, albo na drodze chemicznej: fenole, zawarte w kreozocie, kreosol i homobrenzkatechina działają odtruwająco na produkty przemiany materyi prątków gruźliczych.

Daleko niebezpieczniejszą jest niedostateczna limfocytoza albo zupełny jej zanik. Ona zapoczątkowuje bakteryolizę. Bez limfocytozy niema uleczenia gruźlicy! W jodzie posiadamy środek, najpewniej wywołujący limfocytozę, i na właściwem stosowaniu tego preparatu polega współczesna chemoterapia gruźlicy. Opierając się na analogicznej metodzie E h r l i c h'a, który obok salwarsanu nie każe zaniedbywać i leczenia rtęcią, zaleca autor skombinowane leczenie gruźlicy tuberkuliną z jodem. Za najlepszy preparat jodu uważa autor jodoform, lecz, ponieważ ten źle miesza się z tuberkuliną, więc stosuje mieszaninę Lugolu z tuberkuliną z dodatkiem kwasu cynamonowego; gotowe do zastrzyknięcia ampułki wyrabia w 3 rozcieńczeniach apteka H i r s c h'a we Frankfurcie nad Menem (Hirsch'apotheke, Frankfurt a/M). *Karol Rieder.*

T r a u t m a n n i G a e h t g e n s. **Przyczynek do dyagnostyki bakteryologicznej błonicy.** (Centr. f. Bakt. Ref. T. 57, 1913, str. 61).

Autorzy poruszają kilka ważnych zagadnień z dziedziny bakteryologii błonicy, a mianowicie: przedewszystkiem, jak zachowują się w doświadczeniach na zwierzętach szczepy błonicze, które wyrosły na płytce L ö f f l e r'a dopiero 2-go dnia. W instytucie hamburgskim płytki L ö f f l e r'a badane są dwukrotnie, t. j. nazajutrz po wysianiu oraz w 24 godziny po pierwszem badaniu. O ile słuszną jest ta metoda, dowodzi fakt, iż 20% przypadków, w których dopiero badanie powtórne dało wynik dodatni, pochodziło od osobników klinicznie chorych (pozostałych zaś 80%—od roznosicieli zarazków), oraz wynik doświadczeń na zwierzętach, gdyż tylko 25% tych spóźnionych szczepień były niezjadliwe dla świnek morskich.

W dalszym ciągu autorzy omawiają metodę płytek tellurowych, które polecają tylko w niektórych specjalnych przypadkach, lecz nie do codziennych badań dyagnostycznych, oraz podają wyniki poszukiwań nad obecnością laseczników błonicy w moczu na zasadzie 85 przypadków (chorych błoniczych i innych). W nieznacznej tylko odsetce przypadków znajdowano pewne laseczniki L ö f f l e r'a, najczęściej zaś drobnoustroje, podobne tylko do prątków błoniczych. Autorzy uważają wobec tego, iż większość ogłoszonych dotychczas wyników dodatnich, opartych tylko na badaniu własności hodowli oraz mikroskopowem, bez doświadczeń na morskich świnkach, — na-

leży przyjmować sceptycznie. Większą część pracy autorzy poświęcili kwestyi zmienności (mutacyi) lasecznika L ö f f l e r'a, wobec której zajmują odmienne stanowisko, niż N e i s s e r, uważają bowiem, iż prątki rzekomobłonicze i błonicze nie są zupełnie odrębnymi drobnoustrojami, lecz że istnieją postacie przejściowe między obu będącymi w mowie rodzajami. *H. Rozenblatówna.*

S c h ü r m a n n i H a j ó s. **Pożywka tellurowa w dyagnostyce błonicy**. (Centr. f. Bakt. T. 57, Ref. 1913, str. 56).

Metoda C o n r a d i'ego-T r o c h'a, sprawdzona przez autorów w 108 przypadkach, dała w 7,5% badań dodatni wynik tam, gdzie na płytce L ö f f l e r'a nic nie wyrosło. Lepsze jeszcze wyniki otrzymali autorzy, zmodyfikowawszy metodę C o n r a d i'ego w ten sposób, iż materjał, nadesłany do zbadania, rozsmarowywali bezpośrednio na płytce tellurowej (podług C o n r a d i'ego-T r o c h'a rozsmarowuje się go na płytce L ö f f l e r'a i dopiero po 3-ch godzinach przenosi się na pożywkę tellurową). Modyfikacya ta dała o 12% więcej dodatnich hodowli, niż surowica L ö f f l e r'a.

*H. Rozenblatówna*

B a e r t h l e i n. **O mutacyi bakteryi błonicy**. (Centr. f. Bakt. Ref. T. 57. 1913, str. 89).

Mutacya badanych przez autora szczepów polegała: 1) na wytwarzaniu kilku postaci kolonii na pożywkach stałych, 2) na odmiennym rozroście w pożywkach płynnych, 3) na różnym wyglądzie mikroskopowym, 4) na odmiennem barwieniu się według metody N e i s s e r'a etc. Z niektórych zpośród badanych szczepów udało się otrzymać odmiany, zupełnie niezjadliwe dla świnek morskich; szczepy, zmieniane na drodze mutacyi odwrotnej, nabierały znowu pierwotnych własności, np. szczepy niezjadliwe zaczynały znowu wytwarzać toksynę i t. p. *H. Rozenblatówna.*

B e r n h a r d t i P a n e t h. **Zmienność lasecznika błonicy**. (Centr. f. Bakt. Ref. T. 57. 1913, str. 83).

Autorom udało się w licznych przypadkach przeistoczyć typowe i zjadliwe laseczniki L ö f f l e r'a na laseczniki, zupełnie niezjadliwe i morfologicznie identyczne z prątkami rzekomobłoniczymi. Czynnikiem, wywierającym bardzo wyraźny wpływ na zmienność lasecznika L ö f f l e r'a, było przebywanie tego ostatniego w ustroju zwierzęcym, gdyż nawet bardzo odporne szczepy, nie zmieniające zupełnie swych własności pod wpływem wielokrotnego przeszczepiania na pożywki, stawały się bardzo zmienne po jednorazowem przeprowadzeniu przez ustrój świnki morskiej. Autorzy wyprowadzają stąd wniosek, że prawdopodobnie i owe nietypowe i niezjadliwe laseczniki, które tak często znajdujemy u roznosicieli zarazków, u ozdrowieńców oraz w błonicy nosa, należy również uważać za zmienione w walce z ustrojem laseczniki L ö f f l e r'a.

*H. Rozenblatówna.*

G r ä f. **Badanie bakteryologiczne moczu w błonicy.** (Centralblat. f. Bakt. Ref. T. 57. 1913, str. 78).

Badania swe autor przeprowadził na 25 chorych błoniczych (11-rgu dzieciach i 14-stu dorosłych) oraz kilkunastu zdrowych osobnikach. U 90% chorych na błonicę udało się wyhodować z moczu drobnoustroje, morfologicznie identyczne z lasecznikiem L ö f f l e r'a, w większości przypadków jednakże niezjadliwe dla świnek morskich. W moczu osobników zdrowych tylko w 20% przypadków znajdowano te same laseczniki, wobec czego autor sądzi, iż są one zmienioną tylko postacią i niezjadliwą odmianą lasecznika L ö f f l e r'a. *H. Rozenblatówna.*

M a r k l. **Roznosiciele zarazków w błonicy.** (Centralbl. f. Bakt. Ref. T. 57. 1913, str. 136).

Posługując się metodą płytek tellurowych C o n r a d i'ego, autor stwierdził na ogólną ilość 98 zbadanych osobników zdrowych (dzieci i dorosłych) 31 razy bakterye rzekomobłonicze; w niektórych przypadkach nie można było przeprowadzić ścisłej granicy między laseczníkami rzekomobłoniczymi i laseczníkami L ö f f l e r'a.
*H. Rozenblatówna.*

R o l l e s t o n. **O leczeniu roznosicieli prątków błoniczych za pomocą hodowli bulionowych złocistego gronkowca.** (Britisch Journal of Children's diseases. Nr 7, 1913).

Autor leczył dziesięciu roznosicieli prątków L ö f f l e r'a za pomocą bulionowych hodowli złocistego gronkowca. Ten sposób leczenia został wprowadzony po raz pierwszy przez S c h i o t z'a z Kopenhagi, który zauważył na oddziale błoniczym, że dzieci z zakażeniem gronkowcowem gardzieli nie zachorowują na błonicę. Leczenie polega na pulweryzowaniu 24-godzinną hodowlą wyżej wymienionych drobnoustrojów—gardzieli, podniebienia, względnie—nosa, a następnie na pędzlowaniu migdałków wacikami, zanurzonymi w hodowli tegoż gronkowca. Zachęcony dodatnimi wynikami leczniczymi, otrzymanymi przez S c h i o t z'a i innych autorów, R o l l e s t o n zastosował powyższą metodę u 10-ciu roznosicieli laseczników błoniczych.

Z pośród siedmiu przypadków błonicy gardzieli w sześciu wyniki posiewu na pożywkach L ö f f l e r'a były ujemne po upływie 2—7 dni po rozpoczęciu leczenia. W przypadku siódmym autor uważa powiększenie migdałków za przyczynę uporczywości omawianej sprawy. Z 3 przypadków, dotyczących roznosicieli prątków L ö f f l e r'a z umiejscowieniem tychże w nosie, udało się wyleczyć tylko jednego.

Odczyn po tym zabiegu polega, wprawdzie rzadko, na lekkiem podniesieniu ciepłoty; w dwu przypadkach wystąpił krótkotrwały, nieznaczny ból gardła. *Marta Erlichówna.*

K a u s c h. **O leczeniu błonicy dożylnem zastrzykiwaniem surowicy i Yatrenem** (Deutsche med. Woch. 1913, Nr. 48).

F r e u n d. **Doświadczenia nad stosowaniem Yatr. puriss., jako środka pomocniczego przy leczeniu błonicy.** Ibid. str. 2341.

K a u s c h zaczął wątpić w działanie swoiste surowicy przeciwbłoniczej i, uważając, że jedynie drogą obserwacyi dużego materyału, z którego jedna połowa była by leczoną surowicą, a druga— bez niej, można dojść do zupełnie pewnych wniosków o swoistości surowicy, zaczął więc w swoim szpitalu przeprowadzać w czyn ten plan; okazało się jednak, że różnica na niekorzyść chorych, leczonych bez surowicy, była tak widoczną, że wkrótce zaniechał dalszych prób, przechodząc do obozu zdeklarowanych zwolenników stosowania surowicy. Następnie, aczkolwiek śródżylne stosowanie tej ostatniej było już dawno uważane za znacznie skuteczniejsze od stosowania śródotrzewnowego (80—90 razy), a jeszcze bardziej od stosowania podskórnego (500 razy), jednak metoda śródżylnego wstrzykiwania surowicy nie znalazła zastosowania ogólnego. Tracąc sporo pacyentów, leczonych podskórnem stosowaniem surowicy, przeszedł autor do śródżylnego jej stosowania i od tego czasu ma wyniki wyśmienite; postępuje on w ten sposób, że wstrzykuje 500 J. U. do żyły i jednocześnie 1000 J. U. śródmięśniowo. Jeżeli stan się nie poprawia, to najpóźniej na 3 dzień powtarza śródżylne wstrzyknięcie, tym razem w nieco większej ilości (1000—1500 J. U.), lecz, jak dodaje, od czasu śródżylnego stosowania surowicy, potrzeba powtórnego wstrzykiwania tejże okazuje się konieczną bardzo rzadko. Tylko w bardzo ciężkich, szczególniej późno dostarczonych do szpitala, przypadkach stosował odrazu 1500 J. U. śródżylnie i w takiej samej ilości do mięśni.

Aby jeszcze bardziej udowodnić słuszność metody śródżylnego stosowania surowicy, autor postanowił nadal stosować surowicę naprzemian: w jednym przypadku śródżylnie (+ do mięśni), w drugim —tylko śródmięśniowo.

Polecany przez B i s c h o f f'a *Yatren*, jako środek, posiadający odkażające własności i to nie tylko na powierzchni, lecz i w głębszych warstwach tkanek, nie uszkadzając takowych, F r e u n d zaczął stosować w praktyce prywatnej. W początku stosował w tych przypadkach błonicy, w których ze względów natury li tylko zewnętrznej (jak np. sprzeciwianie się rodziców) nie można było wstrzyknąć surowicy i trzeba było uciekać się do innych środków leczniczych, a potem również jednocześnie z zastosowaniem surowicy. Otrzymawszy wyśmienite wyniki, polecił on środek ten K a u s c h'owi do stosowania klinicznego, które też dało równie dobre wyniki.

Y a t r e n stosowano w postaci rozpylania do jamy nosowo-gardzielowej 3—4 razy dziennie, przy jednoczesnem podawaniu do wewnątrz po 0,2 do 0,5—3 razy dziennie w postaci proszków, a to ze względu na to, że posiada on dodatnie działanie zarówno na nerki, jak i na jelita. Słodki smak proszku ułatwia stosowanie w praktyce dziecięcej.

Obaj autorzy zalecają więc stosowanie Yatren'u zarówno miejscowo, jak i do wewnątrz, w każdym przypadku błonicy, nie tylko

u chorego, dotkniętego błonicą, lecz również i wśród otaczających go— w celu zapobiegawczym; następnie — po przebytej błonicy — w celu zmniejszenia ilości t. zw. roznosicieli zarazków; wreszcie — w przypadkach zapalenia gardła wszelkiego innego pochodzenia.

W razie rozwolnienia, występującego pod wpływem tego środka, wystarcza bądź zmniejszenie dawki, bądź kilkudniowa przerwa w stosowaniu leku do wewnątrz. *Karol Rieder.*

L. Polew. **O laseczniku krztuśca (Bordet-Gengou)** (Centralbl. f. Bakt. T. 69, 1913, str. 23).

Autor omawia wyczerpująco całe piśmiennictwo, dotyczące odnośnego przedmiotu, i twierdzi, iż swoistość lasecznika krztuśca Bordet-Gengou nie jest jeszcze bezwzględnie pewną, pomimo iż fakty takie, jak: obecność tych drobnoustrojów tylko w plwocinie osobników, dotkniętych krztuścem, przy jednoczesnym braku tychże u dzieci zdrowych, oraz dodatnie wyniki, otrzymywane przez niektórych autorów u zwierząt, zakażonych lasecznikami Bordet-Gengou, czynią swoistość tych laseczników w wysokim stopniu prawdopodobną.

Własne badania autora zostały przeprowadzone na 14 przypadkach krztuśca, w 10 z pośród których udało mu się stwierdzić prątki B.-G. mikroskopowo, a w 4-ch — otrzymać czyste hodowle (ze śluzu jamy nosowogardz. oraz z plwociny). U osobników zdrowych na sto kilkadziesiąt przypadków 6 razy tylko wynik był również dodatni. Doświadczenia na zwierzętach, do których autor używał hodowli zarówno własnych, jako też oryginalnych, pochodzących z pracowni Bordet'a, dały wyniki niepewne: króliki okazały się, jak to już poprzednio stwierdził Klimenko, w stosunku do bakteryi B.-G. wogóle odporne, u szczeniąt zaś udawało się wprawdzie otrzymywać kaszel napadowy, autor nie uważa go jednak za identyczny z właściwym krztuścem u dzieci. Na podstawie więc zarówno badań własnych, jak i dotychczasowego piśmiennictwa—uważa autor etyologię krztuśca za kwestyę jeszcze otwartą. *H. Rozenblatówna.*

K. Shiga, N. Imai i Ch. Eguchi. **Odmiana pożywki Bordet-Gengou dla laseczników krztuśca oraz wyniki serologicznych badań w krztuścu.** (Centralbl. für Bakter. Tom 69, 1913, str. 104).

W okresie czasu między 1907 a 1910 rokiem autorzy zbadali bakteryologicznie 50 przypadków krztuśca w Japonii, przyczem w większości przypadków stwierdzili obecność laseczników Bordet-Gengou. Na zmodyfikowanej przez autorów pożywce lasecznik ten daje się z łatwością wyhodować i może służyć do badania odczynów biologicznych, mianowicie: wiązania dopełniacza i określania wskaźnika opsonicznego. Do aglutynacyi zarazek kokluszu nie nadaje się, gdyż posiada własności samozlepiające. Za pomocą obu powyższych metod można odróżnić zarazek B.-G. od la-

secznika grypy. Oba drobnoustroje należą, według autorów, do tej samej grupy i znajdują się względem siebie w stosunku bliskiego pokrewieństwa. W jednym z pośród badanych przypadków został nawet wyhodowany szczep lasecznika B.-G., który pod względem serologicznym stanowił typ przejściowy pomiędzy lasecznikiem Bordet-Gengou a lasecznikiem grypy Pfeiffer'a.

*H. Rozenblatówna.*

Lentz. **Pośrednie przeniesienie ospy wietrznej, ospa wietrzna u osoby dorosłej.** (Deutsche med. Woch. 1913. Nr. 25, str. 1148).

6-cioletnia dziewczynka B. wróciła 19. III z odwiedzin i bawiła się z siostrzyczką G., będącą w wieku $^3/_4$ roku. Po kilku dniach zawiadamiają znajomi, u których pierwsza dziewczynka była w odwiedzinach, że jedno z obecnych wówczas u nich dzieci zachorowało 20. III na wietrzną ospę. 1. IV zachorowała dziewczynka G. na ciężką ospę wietrzną. 15. IV zachorowała jej 3-letnia siostra R.; 20. IV—29-cio letnia matka i dopiero, jako ostatnia, 22. IV—zachorowała sama B., która zarazę przyniosła. *Karol Rieder.*

Friedjung. **Powtórne zachorowanie na zapalenie przyusznicy epidemiczne.** (Jahrb. f. Kind. T. 77, str. 197).

$15^1/_2$ mies. chłopiec zachorował wśród typowych objawów zapalenia przyusznicy epidemicznego, które przeszło bez powikłań. Po 4 miesiącach, w ciągu których bez widocznej przyczyny chłopczyk był w stanie podgorączkowym, wystąpiło nagle jednostronne obrzmienie przyusznicy prawej z podniesioną ciepłotą i z typowym klinicznym przebiegiem zapalenia przyusznicy. O ile pierwszy raz źródłem zakażenia było rodzeństwo, o tyle drugi raz można było wykluczyć wszelką możliwość zakażenia. Rodzeństwo, które chorowało jednocześnie z tem dzieckiem za pierwszym razem, obecnie pozostało zdrowe. *Karol Rieder.*

Stern. **Niezwykłe powikłania niektórych chorób zakaźnych.** (Archives of Pediatrics, Nr. 2, 1913).

Autor zaznacza przedewszystkiem, iż zbyt mało są uwzględnione w piśmiennictwie dane, dotyczące nietypowych powikłań chorób zakaźnych. Tak np., omawiając zapalenie przyusznicy, autorzy wymieniają zwykle tylko zapalenie jądra, jako powikłanie powyższego cierpienia. Natomiast autor spostrzegał powikłania następujące: w jednym przypadku, porażenie lewostronnego mięśnia prostego wewnętrznego, którego objawy (widzenie podwójne) wystąpiły w kilka dni po zakończeniu normalnie przebiegającej sprawy zapalnej w przyusznicy; w przypadku drugim—przebieg cierpienia był normalny; w kilka dni potem jednak wystąpiło zwolnienie tętna, dochodzące do 40 uderzeń na minutę, silna gorączka, zawroty głowy, pewna sztywność karku; w przypadku trzecim — do zwykłych objawów zapalenia przyusznicy przyłączyły się bóle brzucha i wystąpiły

jednocześnie objawy porażenia mięśni wewnętrznych prostych (mm. recti interni); w przypadku czwartym powikłanie było najcięższe, a m.: ostre surowicze zapalenie błędnika *(labirynthitis acuta serosa)*, przyczem chory ogłuchł zupełnie na odpowiednie ucho. W końcu autor dodaje opis przypadku krztuśca z powikłaniem następującem: po wyleczeniu zapalenia płuc wystąpiły wymioty, szalone bóle brzucha, w okolicy pępka wyczuwał się wysięk wielkości pięści. Po 10 dniach kał dziecka zrobił się cuchnący i zawierał ropę w dużych ilościach; wkrótce potem nastąpiło wyzdrowienie; był to więc najprawdopodobniej ropień otrzewnej, który pękł do światła kiszki.

*Marta Erlichówna.*

G. C a r o n i a. **Nowy przyczynek do sprawy niedokrwistości w leishmaniozie.** (Arch. f. Kinderheil. B. 59. H. V—VI).

Autor podaje 37 przypadków niedokrwistości w l e i s h m a n i o z i e, które potwierdzają poglądy prof. J e m m y i jego asystentów na tę chorobę. Grasuje ona przeważnie wśród robotników wiejskich i wogóle wśród ludzi, zmuszonych żyć w ciasnocie i w bliz- kiej styczno ści z różnemi zwierzętami domowemi. Choroba zaczyna się najczęściej w miesiącach zimowych i wioseunych. Wiek, w jakim najczęściej chory się znajduje, jest 1-szy—2-gi rok życia; w wielu przypadkach obserwowano cierpienie u dzieci w wieku 2—3 lat, w jednym— w 4-tym — 5-tym roku. Co się tyczy objawów cierpienia, autor uważa, że nie ma tu nic do dodania do opisów autorów poprzednich. Trwa choroba 3—6 miesięcy; wyjątkowo może przeciągnąć się do kilku lat. Badanie krwi pozwala podzielić okres krwi na 3 okresy w zależności od nasilenia objawów (*Di Cristina*): 1) Stan ogólny niezły, z nieregularną mniej lub więcej silną gorączką. Śledziona mniej lub więcej powiększona. Lekki stopień zmniejszenia się ilości krwinek czerwonych oraz hemoglobiny; ilość krwinek białych zmniejszona, normalna lub lekko powiększona. 2) Okres drugi: wybitniejsza bladość skóry i widocznych błon śluzowych, nieregularna gorączka, powiększenie śledziony i wątroby; skład krwi zmieniony ze zmniejszoną ilością krwinek czerwonych i hemoglobibiny w różnym stopniu i lekkim stopniem zmniejszenia się ilości krwinek białych, silne wychudzenie. 3) Okres trzeci: wybitne wychudzenie, charłacza barwa skóry, wysoka oraz nieregularna gorączka, wybitnie zmniejszona ilość krwinek czerwonych i hemoglobiny oraz ciałek białych, czasem zaburzenia układu krwionośnego, zapalenie kiszek, rak wodny, próchnica szczęki, zapalenie nerek. Wynik choroby jest prawie zawsze śmiertelny: na 37 przypadków spostrzegano 2 wyzdrowienia. J e m m a i D i C r i s t i n a przypuszczają, iż ciężki przebieg choroby jest następstwem braku odczynu odporności ustroju, co potwierdzają również badania autora, który stwierdził obecność niweczników swoistych. W jednym tylko przypadku za zakaźnem pochodzeniem cierpienia przemawia fakt, że w każdym prawie nowym przypadku można stwierdzić łączność z którymkolwiek z pośród poprzednio zauważonych. Co się tyczy

sposobu przenoszenia się choroby, niema dotąd pewnych danych: autor przypuszcza możliwość przenoszenia się za pośrednictwem pluskiew, pcheł, komarów — bezpośrednio z człowieka na człowieka lub też za pośrednictwem psa, dotkniętego leishmaniozą W okolicach Palermo choroba ta, według statystyki Jemmy, jest najczęstszą po gruźlicy, błonicy i chorobach wysypkowych.

*J. Celichowska.*

A. Longo. **O pobudzaniu narządów krwiotwórczych do wyrabiania białych ciałek w przypadkach leishmaniozy u dzieci.** (Rivista di clinica Pediatrica, Nr. 121, 1912).

Autor badał wrażliwość narządów krwiotwórczych dzieci, chorych na leishmaniozę na wstrzykiwanie przetworów nukleinowych i trementyny. Z badań swych L. przekonał się, że wstrzykiwanie kwasu nukleinowego lub nukleinianu sodu nie wywoływało wcale zwiększenia się ilości ciałek białych lub wywoływało je tylko na bardzo krótki przeciąg czasu; wstrzykiwanie natomiast trementyny wywoływało odczyn paradoksalny, a mianowicie zmniejszenie się liczby ciałek białych. We wszystkich tych przypadkach przed i po doświadczeniu stwierdzono we krwi zmniejszenie się ilości ciałek białych.

*Marta Erlichówna.*

G. di Cristina. **Znaczenie odczynu leukocytowego w leishmaniozie.** (Pediatria, Nr. 99, 1913).

Autor wstrzykiwał fagocytynę lub surowicę królika dzieciom, chorym na tego rodzaju niedokrwistość, chcąc się przekonać, czy środki te podziałają pobudzająco na wytwarzanie się białych ciałek w narządach krwiotwórczych. W przypadkach, w których autor poprzednio stwierdził normalną ilość ciałek białych we krwi, zarówno fagocytyna, jak surowica, działały zupełnie tak samo, jak u osobników zdrowych, to jest, wywoływały wzmożenie się liczby krwinek białych. U chorych ze zmniejszoną liczbą ciałek białych we krwi środki te nie miały żadnego wpływu na zwiększenie się ilości tychże. Fakty te dowodzą, że zarazek leishmaniozie nie wydziela ciał, przeciwdziałających tworzeniu się ciałek białych, i dlatego w wielu przypadkach choroby nie stwierdzono zmniejszenia się liczby ciałek białych; ma ono zaś miejsce prawdopodobnie tylko wówczas, gdy w ustroju, a szczególniej w szpiku kostnym, znajduje się tak dużo pasorzytów, że zmniejszają one własności krwiotwórcze odpowiednich narządów.

*Marta Erlichówna.*

S. Cannata. **Badania krwi w leishmaniozie.** (La Pediatria, Nr. 8, 1912).

Z szeregu badań krwi w 24 przypadkach dzieci, chorych na bezkrwistość powyższego pochodzenia, przekonał się autor, że dla tego cierpienia niema charakterystycznego obrazu krwi. W mniej-

szości przypadków znalazł on zmniejszoną ilość hemoglobiny, ciałek czerwonych oraz komórek białych. Z badań swoich wyprowadza C. wniosek, że stwierdzenie zmniejszonej liczby krwinek białych przy odpowiednich objawach klinicznych nasuwa podejrzenie co do leishmaniozy natomiast wzmożona liczba ciałek białych i wybitne zmiany ciałek czerwonych przemawiają przeciw temu rozpoznaniu. *Marta Erlichówna.*

Bokay. **O miejscowem leczeniu odleżyn, powstałych w krtani podczas intubacyi.** (Deutsche med. Woch. Nr. 40, 1913).

Od roku 1891-go zastosował Bokay już w dwutysięcznym przypadku intubacyę. Przeciwwskazana jest intubacya pierwotna, zdaniem B., w następujących warunkach: a) jeżeli obok zwężenia krtani istnieje silne zwężenie gardzieli, b) gdzie wskutek silnego obrzmienia wejścia do krtani nie jest możliwą do wykonania skuteczna intubacya Wtórną tracheotomię stosuje Bokay nadzwyczaj rzadko, przytem tylko w tych razach, gdy ostateczne usunięcie rurki nie udaje się nawet w przypadkach systematycznego stosowania t. zw. rurki leczniczej z bronzu. Rurka ta składa się z główki, poniżej której znajduje się wąska szyjka, a jeszcze niżej wypuklenie. Owa wąska szyjka przylega do owrzodzenia i jest pokryta warstwą żelatyny, przesiąkniętej ałunem. Bokay stosował ją w 51 przypadkach odleżyn po rurkach intubacyjnych. W 29 przypadkach wystarczyło jednorazowe wprowadzenie tej rurki leczniczej na przeciąg 3-ch dni, po których dało się uskutecznić ostateczne usunięcie rurki. W 11 przypadkach trzeba było wprowadzać ją dwukrotnie, w 9-ciu—trzykrotnie, a w 2-ch—6 krotnie, za każdym razem tylko na 3 dni. W 50% tych przypadków dzieci były w wieku do 2-ch lat. W 44 przypadkach rurka ebonitowa leżała już tak długo, że podług dawnych wskazań (Escherich) należałoby wykonać wtórną tracheotomię. Na ogólną ilość 51 przypadków zastosowania rurki leczniczej tylko w 3-ch wystąpiły po pewnym czasie (6 tyg.—do 3 mies.) zaburzenia w oddechu, reszta została zupełnie uleczoną. *Karol Rieder.*

---

# RUCH PEDYATRYCZNY W TOWARZYSTWACH.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

### Protokół trzydziestego drugiego posiedzenia pedyatrów.

dnia 17-go kwietnia 1913-go roku.

Odczytano i przyjęto protokół posiedzenia poprzedniego.

Na porządku dziennym:

H. Higier. Pseudotetania hysterica (pokaz). U dziewczyny 17-o-letniej rozwinęło się w ciągu kilkunastu minut, bezpośrednio po silnem wzruszeniu, przykurczenie wybitne mięśni napiąstka i dłoni kończyny prawej, trwające z pewnemi wahaniami już 2 miesiące. Przy badaniu okazuje się, że przykurczenie mięśni przedramienia i dłoni w bardzo wybitnym stopniu naśladuje przykurczenie tężyczkowe: pierwsze członki palców są mocno zgięte, 2-e i 3-e — rozgięte, palce w silnem przywodzeniu (addukcyi) wzajemnem, palec duży, przykryty przez resztę palców, znajduje się w mocnem odwodzeniu i opozycyi, kiść zgięta. We śnie udaje się rozginać kiść i palce. Tu i owdzie stały skurcz samoistnie się zmniejsza, wystarcza atoli ucisk w obrębie sulci bicipitalis interni, aby spotęgować przykurczenie i wywołać natychmiast układ ręki pisarsko-akuszeryjny (objaw Trousseau). Stały układ tężyczkowy dłoni i spotęgowanie się kurczu przy ucisku naczyń i nerwów w miejscu Trousseau symulowały w pierwszej chwili tężyczkę, która, jak wiadomo, w wyjątkowych razach umiejscawia się tylko w jednej kończynie. Dokładniejsze jednak badanie dowodzi z jednej strony braku objawów Chwostek'a, Erb'a, i Hoffmann'a, z drugiej strony — obecności znieczulenia zupełnego dłoni na bodźce bólowe i termiczne oraz wybitnej suggestyjności. Ciekawą jest okoliczność, że w rodzinie pacyentki istnieje pewnego rodzaju usposobienie kurczowe („diathèse spastique"): młodsza siostra cierpi na częste przykurczenie mięśni szyi i twarzy, a starsza siostra, którą referent przed 8-u laty leczył,

posiadała, jak załączona fotografia przekonywa, zupełnie identyczne przykurczenie ręki. Otóż wyjazd tej właśnie siostry do Ameryki wywołał u pacyentki silne wzruszenie i wystąpienie wzmiankowanej choroby. Jak słusznie ostatnio Curschman i Westphal na odnośnym przypadku dowodzą, pseudotetania hysterica jest w stanie wszystkie objawy istotnej tężyczki naśladować z wyjątkiem nadpobudliwości galwanicznej. (Streszczenie własne).

H. Higier i D. Nisenson. Pseudotetanus chronicus (pokaz). 9-cio-miesięczne dziecko. Z rodziny zdrowej. Rodzice spokrewnieni. Poród nieprzedwczesny, asfiktyczny, z pępowiną, mocno skręconą około szyi. Od pierwszych dni życia dłonie skurczone. W 12-m tygodniu życia pierwszy napad tężcowy rozkurczenia mięśni kończyn, trwający kilka minut i przebiegający bez drgawek, lecz z utratą przytomności. Napady te powtarzały się po kilkanaście razy na dobę. Ostatnie kilka tygodni — według zeznań matki — pod wpływem tranu fosforowego napady są znacznie rzadsze — raz na dobę lub rzadziej nawet. Dziecko, karmione dawniej piersią matczyną, od kilku tygodni dokarmiano mlekiem. Przez pierwsze tygodnie mimo rozwolnienia dziecku przybywało na wadze, przez ostatnie miesiące chudnie stale bez powodu. Urazów i ran nie było.

Status praesens. Wymiary główki normalne. Ciemiączko przednie ledwie wyczuwalne. Stałe przykurczenie mięśni twarzy, tułowia i kończyn. Szpary oczne rozwarte, otwór ust ułożony w trójkąt. Risus sardonicus. Ramiona w lekkiej addukcyi, przedramiona zgięte, układ dłoni przypomina akuszeryjny. Uda zgięte lekko w stawie kolanowym; stopa w abdukcyi i podniesiona ku górze, palce u nóg w bocznej abdukcyi, paluch zgięty ku górze. Głowa przykurczona ku tyłowi. Sinica obwodowa. Dziecko nie siada, nie przewraca się. Brak zezu i oczopląsu. Język, uszy, źrenice, dno oka i czucie — niezmienione. Ruchy kończyn dowolne i bierne — zachowane. Słuch, wzrok i inteligencya w wysokim stopniu upośledzone. Odruchy nie wzmożone, brak objawu Babińskiego; przy unoszeniu ramienia unosi się jednocześnie całe dziecko. W nieznacznym stopniu objawy krzywicy. Drażniąc mechaniczne punkty nerwowe, jako też i tkanki, obok leżące, wywołuje się łatwo przykurczenie odnośnych mięśni. Pobudliwość mechaniczna mięśni niezmieniona. Brak objawów Erb'a i Chwostek'a. Badania otologiczne, oftalmoskopowe, radyologiczne, moczu i płynu mózgowordzeniowego nic szczególnego nie wykazały. Próba Wassermann'a wypadła ujemnie.

Omawiając rozpoznanie różniczkowe, Higier najdłużej zatrzymuje się nad t. zw. grupą arthrogryphosis i chorobą, po raz pierwszy przez Escherich'a, jako pseudotetanus opisaną. Najprawdopodobniejszem jest rozpoznanie kombinacyi nader rzadkiej postaci wrodzonej tężyczki przewlekłej i diplegiae cerebralis spasticae.

Etyologia jest ciemna. Nie wykluczone jest przypuszczenie wylewu krwawego podoponowego oraz wylewu wewnątrz gruczołków przytarczycowych — zależnych od porodu asfiktycznego wskutek ucisku pępowiny (Tetania thyreopriva). Wylewy w gruczołach przytarczycowych, zniszczenie tychże i ich czynności wewnątrzwydzielniczej (Hypoparathyreoidismus) obserwowano już wielokrotnie w tężyczce dziecięcej (Erdheim, Janase).

Experimentum crucis stanowiłaby poprawa lub wyleczenie zupełnie po implantacyi gruczołków przytarczycowych czyli t. zw. ciałek nabłonkowych do kości lub pod otrzewnę. Doświadczenie tego rodzaju zostało już wykonane ze znakomitym skutkiem przez kilku chirurgów z Eiselsber'giem na czele.

(Streszczenie własne).

J. Brudziński wygłosił rzecz p. t. „O utrudnionej ekstubacyi i o urazach intubacyjnych".

Mówca za utrudnioną ekstubacyę uważa taką, która nie udaje się uskutecznić po upływie czwartej doby przy parokrotnych próbach; przyczyną jej bywają najczęściej odleżyny i jako dalsze następstwo tychże — przewężenia i zwężenia krtani. Mówca demonstruje odpowiednie preparaty krtani, rurki zczerniałe w przypadkach odleżyn i rurki, pokryte żelatyną z ałunem podług Bokay'a, używane do leczenia odleżyn.

Na podstawie 142 przypadków z oddziału błoniczego szpitala Anny-Maryi w Łodzi mówca przytacza wyniki otrzymane, zestawione graficznie i w tablicach. Niektóre przypadki z bardzo przedłużoną intubacyą omawia szczegółowiej, zwłaszcza te, w których nie stosowano tracheotomii wtórnej. Wnioski ogólne formułuje prelegent w sposób następujący: intubacya powinna być operacyą pierwotną w leczeniu dławca krtani; od tej zasady istnieją nieliczne wyjątki. Tracheotomia powinna być zabiegiem wtórnym w przypadkach utrudnionej ekstubacyi. W tych przypadkach, zwłaszcza u dzieci małych, ze stosowaniem tego zabiegu wtórnego nie należy zwlekać — termin przypuszczalny czwarta doba intubacyjna. W praktyce prywatnej stosować można intubacyą tylko wtedy, gdy można stworzyć stały dozór lekarsko-pielęgniarski.

(Streszczenie własne).

Przewodniczący *J. Brudziński.*

Za Sekretarza *F. Podkóliński.*

## Protokół trzydziestego trzeciego posiedzenia pedyatrów.

dnia 15-go maja 1913-go roku.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

Na porządku dziennym:

Koledzy Wł. Sawicki i L. Zembrzuski. Przypadek gruźlicy stawów, przebiegający początkowo pod postacią ostrego gośćca (pokaz).

Kol. Wł. Sawicki mówi o przebiegu choroby. Dnia 20-go marca r. b. przybyła do szpitala dla dzieci Marjanna Kulik, lat 4, drugie z rzędu dziecko z czworga żyjących i zdrowych. Ojciec jej, stangret, szczupły, ale zdrów, matka też zdrowa, nigdy nie roniła — ze strony obojga rodziców żadnego obarczenia dziedzicznego (do kiły się nie przyznają). Mieszkanie mają w suterenie, ale dość jasne i ciepłe, choć, według słów ojca, wilgotne. Dziewczynka przed 3 laty przechodziła odrę, zresztą nigdy nie chorowała; obecna choroba rozpoczęła się raptownie gorączką oraz bardzo silnym bólem i obrzękiem lewegokolana, a w parę dni później—lewej ręki w okolicy stawu garstkowego. Obrzęk i bóle trwały przez 2 tygodnie bez poprawy, i rodzice zdecydowali się oddać córeczkę do szpitala.

St. praesens. Na pierwszy rzut oka uderza nas lewa ręka, nieruchoma, silnie obrzęknięta, bardzo bolesna przy dotknięciu; obrzęk sięga od stawu ręki do podstaw palców, wykazując ciastowatą, twardą konsystencyę; skóra na niej mało gorąca na dotyk i nie zmieniona w barwie; kolano lewe też bardzo obrzmiałe, szczególniej węwnętrzna jego strona. Kolano i ręka przy ruchach biernych i czynnych wywołują bardzo żywy ból; wysięku w stawach brak. Pozatem płuca i serce nic nienormalnego nie wykazują; śledziona nie wyczuwalna. Stan gorączkowy, nieznaczne powiększenie gruczołów podszczękowych po stronie prawej. Wypływu z pochwy niema i nie było. Chorej zalecono salicylan sodu do wewnątrz i okład z płynu Burow'a na kolano i rękę. Mocz, w ilości normalnej wydzielany, nie zawiera białka ani cukru; brak odczynu dwuazowego — w osadzie dość skąpym od 10 do 20 ciałek ropnych w polu widzenia; komórek ogoniastych brak, laseczników gruźliczych nie znaleziono. W ciągu dwu pierwszych tygodni pobytu w szpitalu, t. j. do 5-go kwietnia, t° była wciąż podniesioną, bóle z małemi wahaniami trwały, salicyl nie wywierał widocznego wpływu nawet na bóle. Dopiero po 5-tym kwietnia t° zaczyna opadać, obrzęki zmniejszają się, przybierając stopniowo charakter, typowy dla zmian gruźliczych. Wobec tych zmian wezwano na naradę kol. Zembrzuskiego i, powziąwszy podejrzenie, że mamy do czynienia z przypadkiem ostrej gruźlicy stawów, przeprowadzono odnośne badanie. Próba Pirquet'a, dwa razy stosowana, dała nam wynik ujemny; natomiast zdję-

cie Roentgen'owskie, wykonane przez kol. Skabowskiego, wykazało zmiany swoiste w stawie kolanowym lewym i stawach nadgarstkowo-śródręcznych (carpometacarpei) ręki lewej. W klatce piersiowej — zmian w gruczołach i tkance płucnej brak (roentgenogram). Wykonana jednocześnie próba Wassermann'a dała wynik ujemny. Dalszy przebieg choroby przedstawia się mniej więcej w sposób następujący: od 5-go do 22-go kwietnia t⁰ prawie normalna, bóle zmniejszają się, szczególniej w kolanie, obrzęki też maleją, pozostaje tylko wyraźne wygórowanie na kłykciem przyśrodkowym (condyl. int.) kolana lewego i wrzecionowaty obrzęk ręki lewej. Ruchy w obu stawach nieznacznie ograniczone i mniej bolesne. Od 22-go kwietnia t⁰ znowu się podnosi. Przez parę dni pierwszy ton serca przy wierzchołku jest niejasny, zmieniając się prawie w podmuch. Po paru dniach t⁰ wraca do normy. Około 4-go marca wystąpił dość niespodziewanie obrzęk gruczołów szyjowych po stronie lewej. W parę dni później przy t⁰ podniesionej wystąpiły ostre objawy zapalne tychże z zaczerwienieniem skóry i rozmiękczeniem; obyło się jednak bez zabiegu chirurgicznego. Po paru dniach objawy te złagodniały i pozostał tylko twardy obrzęk, który i dotąd jest widoczny, choć w znacznie mniejszym stopniu.

(Streszczenie własne).

Kol. Ludwik Zembrzuski w przemówieniu swem zaznaczył, co następuje: w przebiegu choroby opisanego przypadku ude-uderzają 2 momenty wybitne: 1) ostry początek sprawy i zajęcie paru stawów (polyarthritis); 2) po ustąpieniu okresu ostrego—objawy zmian gruźliczych w obrębie zajętych stawów. Taki początek sprawy dla gruźlicy stanowi wyjątek. Typowy bowiem dla niej jest początek sprawy powolny, stopniowy i występowanie zmian w jednym stawie. Dopiero później do zajęcia jednego stawu przyłącza się niekiedy zajęcie innego. Po wykluczeniu zatem innych schorzeń (zapalenia natury przymiotowej, rzeżączkowej, zapalenia szpiku kostnego), ze względu na początek sprawy w niniejszym przypadku, rozpoznanie przechyliło się na stronę ostrego gośćca. Dopiero, gdy w dalszym przebiegu choroby, pomimo stosowania przetworów salicylowych, stan ogólny i miejscowy pozostawał bez zmiany, powzięto podejrzenie, że miano do czynienia z ostrym gośćcem gruźliczym typu Poncet'a (rhumatisme tuberculeux), co też dalszy rozwój sprawy i badania odnośne potwierdziły.

Poncet w 1897 r. począł dowodzić, że lasecznik Koch'a sprowadza w tkankach nie tylko zmiany swoiste, ale w pewnych warunkach zmiany zapalne pospolite, zależnie od stopnia złośliwości zarazka lub odporności tkanek. W tych przypadkach nie zdaje się w początku znamionować gruźlicy, która dopiero staje się widoczną w okresach późniejszych. P. odróżnia g. gruźliczy ostry i przewlekły, W ostrym zmiany mogą dotyczyć samej błony maziowej albo też chrząstek stawowych, gdzie doprowadzają do niewielkich braków substancyi. Obie te postacie przebiegają klinicznie jadnakowo, doprowadzając bądź to do rozrostów gąbczastych (fungus), bądź do

zrostów stawowych. Jeżeli zmianom powyższym towarzyszy wysięk, to laseczników gruźliczych wykryć w nim nie udaje się, natomiast badanie cytologiczne stwierdza istnienie limfocytozy. Szczepienie płynu świnkom morskim daje wynik tylko w $^1/_3$ cz. przypadków. Gościec gruźliczy ostry może być pierwotny i wtórny; o tym ostatnim może być mowa wówczas, gdy istnieją klinicznie inne ogniska gruźlicze w ustroju. Rokowanie — jak w gruźlicy wogóle, zależny od warunków zewnętrznych i odporności ustroju. Rozpoznanie jest trudne w początku. Próba Pirquet'a nie daje wyników pewnych. Poncet chwali metodę aglutynacyjną. Należy przy badaniu chorych zwracać baczną uwagę na ogniska pierwotne. Leczenie — ortopedyczno-chirurgiczne z chwilą stwierdzenia pochodzenia gruźliczego sprawy. (Streszczenie własne).

W dyskusyi:

Przewodniczący Brudziński wobec twierdzenia prelegentów, że odczyn Pirquet'a nie daje wyników pewnych, zaznacza, że u niemowląt dodatni odczyn Pirquet'a stwierdza sprawę gruźliczą czynną, u dzieci od lat 4-ch po kilkakrotnem powtarzaniu próby ujemny jej wynik dowodzi, że niema ogniska gruźliczego; po 4-ch latach — odczyn dodatni nie dowodzi, że mamy do czynienia z ostrą gruźlicą.

Kol. Mierosławski przedstawił 5-cioletnią dziewczynkę z gruźlicą podniebienia miękkiego, łuków, dna jamy ustnej i gruczołów chłonnych szyjowych, powstałą, według słów matki, przed 4-ma tygodniami. Dziedziczności w kierunku gruźlicy nie wykryto. Młodsze rodzeństwo zmian w kierunku gruźlicy nie wykazuje. (Streszczenie własne).

W dyskusyi:

Kol. Korybut-Daszkiewicz zwraca uwagę na to, że badania w przypadku prelegenta należałoby dopełnić, ponieważ można tu myśleć również o przymiocie i przewlekłej postaci błonicy.

Przewodniczący Brudziński zgadza się z poprzednim mówcą co do uzupełnienia badań w danym przypadku. Sprawy rzekomobłonicze wyglądają podobnie, chociaż gruczołki pod języczkiem przemawiają przeciw temu. Przeciw przymiotowi przemawia ostry przebieg sprawy chorobowej. Podobne przypadki są dość rzadkie, ciekawem byłoby więc wiedzieć, jakie były drogi zakażenia.

Kol. Mierosławski odpowiada, że z pośród czynników etyologicznych wiadomem mu jest tylko to, iż dziecko przedtem kasłało; na przeprowadzenie szczegółowego badania nie miał dotąd czasu, postara się jednak to uskutecznić.

W dalszym ciągu porządku dziennego:

Kol. Mamrot demonstruje przypadek moczówki prostej oraz niedorozwój narządów płciowych. (Rzecz ta drukowana będzie w „Przeglądzie Pedyatrycznym").

W dyskusyi:

Kol. Koral zaznacza, iż widział kilka przypadków moczówki prostej, gdzie przyczyną choroby był uraz.

Kol. Korybut-Daszkiewicz wspomina, że byłoby interesującem, jakie wyniki w danym przypadku dałaby kuracya przetworami gruczołów wewnętrznych.

Przewodn. Brudziński proponuje stosowanie tyreoidyny.

Następnie na porządku dziennym — Dyskusya nad odczytem kol. J. Brudzińskiego. „O utrudnionej ekstubacyi i o urazach intubacyjnych".

Sekretarz odczytuje streszczenie własne autora.

Kol. Koral nadmienia, że uderza go znaczna ilość intubacyi, spostrzegana przez prelegenta. W ostatnich czasach obserwuje się bardzo dużo przypadków dławca fałszywego (pseudocroup), gdzie stosuje się surowicę, co nie jest grzechem. Bardzo często trudno jest odróżnić dławiec fałszywy od istotnego. Zapytuje więc mówca, czy w tych przypadkach, gdzie stosowano intubacyę, było wykonane badanie bakteryologiczne. Mówca obserwował kilka przypadków, w których po tracheotomii lub intubacyi następowało zwiotczenie tkanek. Jedną z przeszkód do stosowania intubacyi jest silna błonica gardzeli, o czem, zdaje się, nie wspomina prelegent.

Kol. Piotrowski. wspomina o stronie technicznej ekstubacyi.

Kol. Korybut-Daszkiewicz zwraca uwagę, że prelegentowi nie chodziło o techniczną stronę trudności ekstubacyi. Pewien „abusus" w stosowaniu intubacyi panuje, chociaż właściwie nie u nas. Kwestyi stosowania surowicy przy dławcu fałszywym mówca nie uważa za błahą, ponieważ dławiec fałszywy często powtarza się, i dlatego musimy obawiać się anafilaksyi.

Przewodniczący Brudziński odpowiada, że sprawa pochopności do intubacyi nie była poruszana w jego odczycie, nie może jednak być mowy o tem w szpitalu. Stosowanie intubacyi w przypadkach dławca fałszywego w szpitalach jest dosyć rzadkie, natomiast zgadza się z tem, że zbytnie zamiłowanie do intubacyi jest grzechem. Sprawę zwiotczenia tkanek przy intubacyi poruszał, radząc nie stosować intubacyi u dzieci, dotkniętych krzywicą. Niestosowanie intubacyi w przypadkach silnej błonicy gardzieli ma szczególne znaczenie u dzieci do trzech lat. Mechanizm utrudnionej ekstubacyi nie wchodził w zakres odczytu mówcy: nie może jednak nie zgodzić się z tem, że niezręczna enukleacya może się przyczynić do silnych obrażeń. Kwestya ta była poruszana na zjeździe w Krakowie. Stosowanie łańcuszka zamiast nitki, zaproponowane przez kol. Piotrowskiego, uważa za b. pomysłowe. Co do kwestyi anafilaksyi, poruszonej przez kol. Korybut-Daszkiewicza, to spotykamy się często u lekarzy z nieświadomością: przenosi się badanie i doświadczenie ze zwierząt na niemowlęta. Z faktem schock'u anafilaktycznego nikt się u nas nie spotkał.

W kwesyi anafilaksyi przemawiają jeszcze koledzy: Drabczyk, Korybut-Daszkiewicz, Wł. Sawicki, Mamrot i Przewodn. Brudziński. Przemówienia te nie mogły dla braku czasu wyczerpać tej kwestyi, wobec czego na wniosek przewodniczącego zgodzono się jedno z posiedzeń powakacyjnych poświęcić dyskusyi o znaczeniu anafilaksyi z punktu widzenia klinicznego.

Przewodniczący J. Brudziński.

Za Sekretarza F. Podkóliński.

## Protokół trzydziestego czwartego posiedzenia pedyatrów.

dnia 13-go czerwca 1913-go roku.

Odczytano i przyjęto protokół posiedzenia poprzedniego.

Przed rozpoczęciem porządku dziennego:

1) kol. A. Mamrot przedstawia klisze, uwidoczniające brak ostatecznego skostnienia chrząstek nasadowych rąk w przypadku moczówki prostej, demonstrowanym na posiedzeniu poprzedniem.

2) kol. L. Stein przedstawia cztery przypadki cierpienia o etyologii niejasnej i przebiegu swoistym. Cierpienie rozpoczyna się, jak większość chorób zakaźnych, od objawów ogólnych, wśród których dominuje silny ból głowy z jednokrotnemi lub kilkakrotnie powtarzającemi się wymiotami. Ciepłota bywa zwykle podniesiona, nieraz dochodzi do 39° i wyżej, przeciętnie zaś waha się w granicach 38° — 39°. Jedynym objawem przedmiotowym omawianego cierpienia jest nieznaczne stłumienie z prawej lub lewej strony klatki piersiowej z pewnem osłabieniem oddechu, przyczem chorzy nigdy nie skarżą się na kłucie w boku. Objawów nieżytowych brak. Po paru lub kilku dniach następuje zupełna poprawa. Stłumienie ustępuje stopniowo. U dzieci występują często objawy ze strony mózgu. Mówca w ciągu miesiąca spostrzegał około 50 takich przypadków, co upoważnia go do przypuszczenia, że ma do czynienia z pewnego rodzaju epidemią, o charakterze której trudno mu obecnie coś stanowczego powiedzieć, jest zdania jednak, że cierpienie to należy zaliczyć do grupy cierpień, objętych ogólną nazwą nosologiczną, a mianowicie do t. zw. grypy (influenza) z pewnem zastrzeżeniem ze względu na brak objawów nieżytowych i stały objaw ze strony opłucnej. (Streszczenie własne).

W dyskusyi:

Przewodniczący kol. J. Brudziński nie widzi w przypadkach, przedstawionych przez kol. Steina, jakiegoś ściślejszego

związku, któryby pozwalał je uważać za należące do wspólnej kategoryi nosologicznej. Z danych, przytoczonych przez kol. S t e i n a, wywnioskować przedewszystkiem nie można nic pewnego, choćby z tego względu, że ani dane rozpoznawcze, ani dane co do dalszego przebiegu nie zostały głębiej i wszechstronniej opracowane, a na wrażeniach rozpoznawania, zwłaszcza jakiejś postaci chorobowej, której istnienie czy odrębny przebieg próbuje się dopiero ustalić, opierać nie można. Przytoczony przez prelegenta wspólny jakoby wszystkim przypadkom objaw — stłumienie po prawej stronie klatki piersiowej — o ile sądzić można z przedstawionych przypadków nie przedstawia nic patognomonicznego, i, co więcej, samo istnienie tego objawu nasuwa pewne wątpliwości — nie można bowiem uważać tego za ograniczone zajęcie opłucnej, gdyż przy badaniu innych objawów nie stwierdza się· możnaby to uważać raczej za miejscowe przekrwienie płuc. Zresztą sam prelegent temu jakoby ogólnemu objawowi odbiera trochę wagi, gdy wspomina, że w innych przypadkach, które zalicza do tej samej grupy, zwłaszcza u dzieci, spostrzegał objawy ze strony mózgu, jak się dość ogólnie wyraża. Zdaniem mówcy, nie można nawet twierdzić, aby liczne przypadki, spostrzegane przez kol. S t e i n a, a zaliczane przezeń do wspólnej grupy, wszystkie były jakąś odrębną postacią grypy, chociaż najwięcej danych za tem przemawia; najprawdopodobniej były to luźno z sobą związane, w dodatku najczęściej nie w całkowitym przebiegu spostrzegane, postacie chorobowe, i wiązanie ich w jedną całość nie ma podstawy naukowej. Dla sekcyi pedyatrycznej demonstracye są bardzo pożądane, i za to należy się podzięka kol. S t e i n o w i, ale powaga sekcyi i korzyść słuchaczy wymagają głębszego, bardziej naukowego opracowywania demostracyi, zwłaszcza gdy na ich podstawie prelegent pragnie wyciągać tak daleko idące wnioski, jak istnienie nieomal jakiejś epidemii, jeżeli nie nowej postaci chorobowej, to odrębnych jej przejawów. (Streszczenie własne).

Kol. A. K o r a l przypuszcza, że przedstawione przez kol. S t e i n' a przypadki zaliczyć należy do kategoryi grypy, której przebieg bywa najrozmaitszy.

Kol. M. B i e h l e r o w a podkreśla również atypowość przebiegu klinicznego grypy.

Kol. A. G r u s z k i e w i c z mówi, że przy epidemicznym przebiegu choroby dałaby się zauważyć również jej zakaźność.

W odpowiedzi kol. S t e i n zaznacza, że o naukowem opracowaniu odnośnego materyału chwilowo jeszcze mowy być nie może, gdyż obserwacye są jeszcze w toku; mówca skorzystał tymczasem tylko z okazyi, pozwalającej na przedstawienie materyału, spostrzeganego na ambulansie w dniu posiedzenia sekcyi. Co się tyczy istoty omawianego cierpienia, mówca nie może się tak stanowczo wypowiedzieć, jak czyni to kol. K o r a l, i tylko na razie musi poprzestać na rozpoznaniu g r y p y. (Streszczenie własne).

W dalszym ciągu porządku dziennego.

Przewodniczący kol. J. Brudziński przedstawia „Projekt szpitala dla dzieci w Radomiu“.

Prelegent omawia najnowsze zdobycze szpitalnictwa dziecięcego w zakresie hospitalizacyi chorób zakaźnych, mianowicie, system celkowy (boksy), z jego poddziałami na celki, zamknięte do góry na modłę szpitala Pasteur'owskiego w Paryżu, i celki, od góry otwarte według systemu Lesage'a w l'hôpital Hérold, oraz praktykowany obecnie w Anglii system t. zw. Bad-isolation, polegający na rozstawieniu łóżek w odległości 2½ metra jedno od drugiego, bez przedzielających je ścianek, przyczem każdy chory przy swojem łóżku nie ma nic, nawet stolika. Mówca w projektowanym wspólnie z architektem p. Cz. Domaniewskim szpitalu dla dzieci w Radomiu fundacyi hr. Ożarowskiej — zastosował system, zbliżony do systemu w szpitalu Pasteur'a, ale znacznie ulepszony. Wejście do celek dla chorych urządzono tylko zzewnątrz, zaraz przy wejściu dla każdej celki klozet i oddzielna celka kąpielowa, przejście do korytarza środkowego tylko przez celkę kąpielową, z celki natomiast, przeznaczonej dla chorego, bezpośredniego połączenia z korytarzem niema. Pawilon taki urządzony będzie na 8 celek dla 8 — 16 chorych; na dwu końcach posiada on pomieszczenia pomocnicze dla lekarza, pielęgniarki, kuchenkę i umywalnię. W pawilonie takim mogą bezpiecznie być pomieszczeni chorzy z różnorodnemi chorobami zakaźnemi; posiada on jeszcze i tę zaletę, że komunikacya przez środkowy korytarz może być w razie potrzeby do tej lub owej celki zupełnie przecięta, i dana grupa celek przedstawia oddzielne jakoby pawilony, ale dozór z korytarza środkowego jest ułatwiony, i pawilon nie przestaje być całością jednolitą. System ten umożliwia zaopatrzenie małego szpitala w urządzenia, odpowiadające najnowszym wymaganiom hospitalizacyi chorych zakaźnych, na szereg bowiem pawilonów dla różnych chorych zakaźnych szpital nie mógłby się zdobyć. Zresztą, jak ze statystyki, przytoczonej z różnych szpitali, wypływa, system ten daje najmniej zakażeń wewnątrzszpitalnych. Drugim punktem, na który mówca w projekcie nowego szpitala szczególną zwrócił uwagę, jest ambulatoryum. Zaprojektował je mówca w taki sposób, że każdy chory dostaje się z zewnątrz do celki (boks) systemu Lesage'a (takich boksów będzie 6). W celce odbywa się pobieżne badanie chorego (sortowanie); chory zakaźny zostaje już w takim boksie i tu otrzymuje poradę; chorzy niezakaźni przepuszczani są do wspólnej poczekalni. Celka po chorym zakaźnym zamyka się i dezynfekuje się płynami odkażającymi — zaraz lub po skończeniu przyjęć — o ile celki nie są na razie potrzebne. Mówca demonstruje na ekranie plany pawilonu ambulatoryjnego, pawilonu infekcyjnego, pawilonu głównego (choroby wewnętrzne i chirurgiczne) i pawilonu gospodarczego. Wszędzie uwzględniono konieczność pomieszczeń pomocniczych przy salach chorych (sale pobytu dziennego, kuchenki, umywalnie, kąpiele pierwsze i lecznicze i t. d ); zastosowane będą na salach ogólnych celki, po kilka na każdej sali — systemu Lesage'a. Oddzielna salka, składająca się

z celek, urządzona będzie dla infekcyi kiszkowych; uwzględniono również maleńki oddzialik dla niemowląt i pracownię w pawilonie głównym. W pawilonie gospodarczym pralnia i kuchnia posiadać będą wszelkie nowoczesne urządzenia i pomieszczenia pomocnicze. Specyalnie uwzględniono wydawanie potraw i bieliznę na pawilony zakaźne z oddzielnemi zupełnie wejściami. Mówca przytacza niektóre dane cyfrowe co do placu (90 tysięcy łokci kwadr.), powierzchni zabudowanej, kosztu samych budynków (125 tys. rubli) i ogólnego kosztorysu wraz z kanalizacyą, plantacyami, urządzeniem wewnętrznem (170 tysięcy rubli). (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabrał głos kol. A. Koral w sprawie ogrodu i ogrzewania szpitala. W odpowiedzi na to właściwych wyjaśnień udzielił prelegent.

Przewodniczący *L. Anders.*

Sekretarz *S. Łyskawiński.*

## Posiedzenia chirurgów

### dnia 9-go maja 1913 roku.

Kol. L. Zembrzuski. Pokaz preparatu mózgu z guzem serowatym móżdżku, pochodzącego od 12-letniej dziewczynki (trepanacya zwalniająca była bez wyniku, operacya doszczętna była niemożliwa wobec nagłej zapaści).

### dnia 23-go maja 1913 roku.

Kol. H. Oderfeld. Pokaz preparatu guza, rezekowanego u 12-letniej dziewczynki, operowanej z powodu objawów niedrożności jelit; operacya stwierdziła obecność wgłobienia krętniczo-kątniczo-okrężniczego (invaginatio ileo-coeco-colica).

## Posiedzenie neurologów i psychiatrów.

### dnia 19-go kwietnia 1913 roku.

Kol. S. Kopczyński. Pokaz 2 przypadków zaburzeń ocznych w przebiegu cierpienia mostu Varol'a:

a) przypadku tuberculum solitare w moście Varol'a w okolicy jądra prawego nerwu odwodzącego u 15-letniego chłopca, gdzie znajduje się ośrodek dla skojarzonych ruchów bocznych gałek ocznych;

b) przypadku polioencephalitis superior u 6-ścio-letniej dziewczynki.

Kol. W. Sterling. Pokaz przypadku samoistnych przykurczeń kończyn dolnych u 15-letniej dziewczynki („paraplegie par retraction des vieillards").

Kol. H. Higier. Pokaz przypadku pseudotetanus chronicus u 9-io miesięcznego dziecka (patrz protokół XXXII-go posiedzenia pedyatrów przy Tow. lek.),

### dnia 3-go maja 1913 roku.

Kol. H. Higier i L. Zembrzuski. Pokaz przypadku guza (tuberculum solitare) robaka móżdżku oraz wodogłowia wewnętrznego u 12-letniej dziewczynki.

Kol. W. Sterling. Pokaz przypadku zapalenia mózgowia po ospie wietrznej u 2-letniej dziewczynki.

### dnia 26-go czerwca 1913 roku.

Kol. L. Bregman. Pokaz przypadku znamienia barwnikowego włosistego olbrzymiego (naevi pigmentosi et pilosi gigantici) u 4-letniego dziecka.

Kol. N. Zylberlastówna. Pokaz przypadku ataksyi i astazyi wrodzonej u dwojga dzieci.

Kol. W. Sterling. Pokaz przypadku idyotyzmu z objawami częściowej olbrzymiości u 5-letniej dziewczynki.

## Posiedzenia oto-laryngolów.

### dnia 24-go kwietnia 1913 roku.

Kol. Rapaport. Pokaz chłopca 7-letniego po tracheotomii górnej, wykonanej z powodu dławca błoniczego; z powodu niemożności usunięcia rurki dokonaną została tutaj tracheotomia powtórna typu dolnego, jako zabieg wstępny do „laryngofissura" (ta ostatnia okazała się jednak zbyteczną, ponieważ po usunięciu rurki chory oddychał zupełnie dobrze).

Kol. Tryjarski. Pokaz rysunku krtani twardzielowej u 15-letniego chłopca, u ktorego została wykonana tracheotomia, a znajdująca się między strunami błonka została przecięta żegadłem.

Kol. Lubliner. Omówienie przypadku operowanego ropnia mózgu pochodzenia usznego u 16-letniej dziewczyny.

dnia 29-go maja 1913 roku.

Kol. Lubliner. Pokaz chłopca 7-letniego z wrodzonym brakiem uszu (deformatio aurium congenita) oraz zupełnym brakiem kostek słuchowych ucha po stronie prawej.

Kol. Szmurło. Pokaz dziecka 2-miesięcznego z zarośnięciem przewodu słuchowego prawego i deformacyą małżowiny usznej (lewe ucho normalne).

## Posiedzenia ogólne kliniczne.

dnia 3-go czerwca 1913 roku.

Kol. T. Trzciński. Pokaz przypadku lichen ruber planus u $1^1/_2$ rocznego dziecka.

# TOWARZYSTWO LEKARSKIE ŁÓDZKIE.

## Posiedzenia ogólne.

dnia 7-go maja 1913 roku.

Kol. Tenenbaum: Pokaz chłopca z rozpoznaniem choroby Addison'a (okres początkowy).

dnia 21-go maja 1913 roku.

Kol. H. Rozenblatówna. Odczyt o współczesnych poglądach na odczyny tuberkuliczne u dzieci.

Dyskusya.

dnia 18-go czerwca 1913 roku.

Kol. Lipszyc. Pokaz przypadku pseudoparalysis Parrot'a.

## Posiedzenia pedyatrów.

dnia 9-go kwietnia 1913 roku.

Przewodniczący kol. Schoenaich.

1. Kol. Schoenaich demonstruje 4 przypadki pląsawicy, leczone neosalwarsanem. We wszystkich przypadkach zau-

ważono znaczną poprawę już w kilka dni po zastosowaniu środka. Wystarcza dwukrotne zastrzyknięcie śródmięśniowe tegoż. Odczynu ogólnego lub miejscowego nie spostrzegano. Dawki wynoszą 0.1 — 0.15. W razie małej poprawy po pierwszej injekcyi stosowano ponowną po upływie 2—3 tygodni. Przypadki odnoszą się do 4-ch dziewczynek w wieku 6, 12, 9 i 11 lat. Referent stawia pytanie, czy działanie środka S. nie jest zależne od unicestwienia zarazka kiłowego, bowiem liczni autorzy w przypadkach pląsawicy stwierdzali dodatni odczyn Wassermann'a.

2. Kol. Czaplicki w dalszym ciągu odczytu swego z posiedzenia przedostatniego demonstruje na specyalnie w tym celu zbudowanem krześle próby obrotowe drżenia oczu błędnikowego.

3. Kol. Tomaszewski przedstawia preparat uchyłku Meckel'a, w którym zadzierzgnęły się jelita, co spowodowało ich niedrożność. Wewnątrz uchyłku znaleziono glistę jelitową. Zabieg operacyjny skończył się śmiercią na drugi dzień. Przypadek dotyczy 5-letniej dziewczynki.

Sekretarz *M. Gromski.*

## dnia 23-go maja 1913 roku.

Przewodniczący kol. Schoenaich.

Kol. Schoenaich przedstawia przypadek wyleczonego tężca u chłopca 10-letniego. Przyjęty do szpitala w 10 dni po urazie (skaleczył się w palec) w bardzo ciężkim stanie: opisthotonus, trismus, drgawki. Zastosowano 50 $ctm^3$ surowicy; po 2 dniach — 30 $ctm^3$ i po następnych 2 dniach—20 $ctm.^3$. W ciągu 10 dni nastąpiła znaczna poprawa, i obecnie (4-ty tydzień choroby) stan chłopca jest zupełnie dobry. Kol. Schoenaich zachęca do stosowania surowicy swoistej. (W dyskusyi przyjmują udział koledzy: Klozenberg, Rosenblatówna, Gromski, Pański, Eisner).

Kol. Schoenaich przedstawia 3 przypadki—pląsawicy, leczonej neosalwarsanem u dziewczynek w wieku 7—10 lat. Wszystkie one otrzymały śródmięśniowo dwukrotną dawkę leku w tygodniowym odstępie czasu. We wszystkich przypadkach widoczna poprawa nastąpiła już w kilka dni po pierwszym zastrzyknięciu. Nie zauważono przytem żadnego odczynu.

W dyskusyi kol. Pański zapytuje, czy neosalwarsan bywa stosowany w pląsawicy w razie powikłania jej zapaleniem wsierdzia. Referent odpowiada, iż w takich przypadkach nie stosuje zastrzykiwań leku.

Kol. Czaplicki demonstruje 2-letnią dziewczynkę, u której po wielokrotnej intubacyi wykonaną została tracheotomia. Usunięcie rurki w czasie normalnym było rzeczą zupełnie niemożliwą, dziecko bowiem po jej wyjęciu dostawało silnej duszności. Wykonane zostało rozcięcie krtani (laryngofissura), podczas którego wycięto

bliznę wielkości monety rublowej, otaczającą przetokę tracheotomijną. W tydzień po rozcięciu krtani rurkę usunięto, i obecnie już od 2-ch tygodni dziecko oddycha bez niej.

Kol. Stankiewicz przedstawia przypadek marskości zanikowej wątroby na tle kiły. Jest to chłopiec 14-letni, chory od 8 miesięcy. Rodzice podobno są zdrowi. Młodszy brat zmarł na „puchlinę brzuszną". Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na stwierdzenie wybitnego odczynu Wassermann'a.

Sekretarz *M. Gromski.*

## dnia 20-go czerwca 1913 roku.

Przewodniczący Kol. Schoenaich.

W. Schoenaich wygłasza „Siódme sprawozdanie roczne (rok 1912) z działalności szpitala „Anny-Maryi" dla dzieci w Łodzi".

Pod względem lekarsko-administracyjnym zaszły w roku sprawozdawczym zmiany następujące:

Dział lekarski: Ilość lekarzy pozostała bez zmiany, tylko na miejsce ustępującej D-rki Ratyńskiej została zaangażowana jako lekarz miejscowy i asystent oddziałów zakaźnych D-rka A. Żabczyńska, a na miejsce D-ra J. Pieniążka został mianowany jako ordynator i konsultant chorób gardła, nosa i uszu D-r B. Czaplicki. Z nowych urządzeń wymienić należy: 1) wybudowanie obszernej werandy przy oddziale chirurgicznym; 2) urządzenie drugiego pokoju—werandy na 5 łóżek na oddziale wewnętrznym dla dzieci gruźliczych, tak że obecnie jest 10 łóżek, przeznaczonych specyalnie dla dzieci gruźliczych; 3) urządzenie (celki, boksy, kubełki do pieluszek, półki na kubki, flaszki, waga) pokoju na 6 łóżek dla niemowląt na oddziale wewnętrznym—jest to zaczątek oddziału dla niemowląt w szpitalu.

Dział pielęgniarski: 1) Zwiększono liczbę pielęgniarek (pracuje 13 pielęgniarek), tak że obecnie na każdym z oddziałów niezakaźnych dyżuruje w nocy, prócz służącej, specyalna nocna pielęgniarka. 2) Zaangażowano specyalną przełożoną pielęgniarek, która pod kierunkiem lekarza naczelnego zarządza biegiem spraw na oddziałach, kieruje pracą pielęgniarek i służby oddziałowej i jest zupełnie niezależną od przełożonej administracyjnej (intendentki) szpitala. 3) Urządzono wykłady teoretyczne pielęgniarstwa dla pielęgniarek.

Dział gospodarczy. 1) Przy kuchni urządzono specyalny pokój do oczyszczania surowych materyałów. 2) Przekopano i obsiano wszystkie trawniki w parku szpitalnym. 3) Zamiast dotychczasowego systemu wywózkowego usuwania nieczystości dołów klozetowych, postanowiono urządzić centralne biologiczne oczyszczanie tychże.

Wydatki szpitala wyniosły 51273 rb.; suma ta, podzielona przez liczbę 34052 dni szpitalnych, da w wyniku 1 rb. 50 kop., t. j. kwotę, odpowiadającą kosztowi jednego dnia szpitalnego.

## Działalność ambulatoryum.

W ambulatoryum szpitalnem przyjęto ogółem 7897-ro dzieci, którym udzielono 14841 poradę, a mianowicie: w ambulatoryum chorób wewnętrznych, nerwowych i zakaźnych przyjęto 5656-ro dzieci (8518 porad), w ambulatoryum chorób chirurgiczno-ortopedycznych — 1044-ro dzieci (3181 porad), w amb. chorób ocznych — 523-je dzieci (1875 porad), chorób gardła, nosa i uszu — 324-ro dzieci (897 porad) i w ambul. chorób skórnych — 350-ro dzieci (370 porad).

Podług wieku było: od 0 do 1 roku — 3024-ro dz.; od 1 do 2 lat—1963-je; od 2 do 5—1540-ro dz.; od 5 do 7—480-ro dz.; od 7 do 12—753-je dz.; od 12 do 14—115-ro dz.

Podług wyznania przyjęto: katolików — 5052; ewangelików — 728; prawosławnych — 68; razem: chrześcian — 5848-ro (74,1%), starozakonnych — 2049-ro (25,9%).

Podług działu chorób przyjęto: z chorobami niezakaźnemi — 6369-ro dzieci (81,0%), z chorobami zaś zakaźnemi — 1528-ro dz. (19,0%).

Z tych ostatnich chorób przyjęto: 30 przypadków płonicy, 45 przyp. — błonicy, 32 przyp. — duru brzusznego, 72 przyp. — czerwonki, 58 przyp. — odry, 525 przyp. — krztuśca, 157 przyp. — gruźlicy płuc, 441 przyp. — gruźlicy innych narządów, 40 przyp.—kiły i 128 przyp. różnych chorób zakaźnych.

Zaszczepiono ospę 648-rgu dzieciom.

## Działalność oddziałów szpitalnych.

W roku 1912 ym przyjęto 1266-ro dzieci (711 chł. + 555 dziew.); pozostało z roku 1911-go — 69-ro dzieci (36 chł. + 33 dz.), leczono razem — 1335-ro dzieci.

Ruch chorych podług oddziałów:

na oddz. chirurgicznym: pozostało 12-ro dz. + przyjęto 471 + przeniesiono z innych odz. 50-ro, razem leczono — 533-je dzieci;

na odz. wewnętrznym: pozostało 32-je + przyjęto 413-ro + przeniesiono z innych oddziałów 54-ro, razem leczono — 499-ro dzieci;

na odz. obserwacyjnym: pozostało 0 + przyjęto 41-o + przeniesiono 39-ro, razem leczono — 80-ro dzieci.

na odz. błoniczym: pozostało 4 ro + przyjęto 162-je + przeniesiono 1, razem leczono 167-ro dzieci;

na odz. płoniczym: pozostało 18-ro + przyjęto 134-ro + przeniesiono 4-ro, razem leczono — 156-ro dzieci.

Dni szpitalnych było:

| | | |
|---|---|---|
| na oddziale | chirurgicznym . . . . | 14455 |
| „ „ | wewnętrznym . . . . | 11768 |
| „ „ | obserwacyjnym . . . | 650 |
| „ „ | durowym . . . . . . . | 1211 |
| „ „ | błoniczym . . . . . . | 1574 |
| „ „ | płoniczym . . . . . . | 4394 |
| | razem dni szpitalnych było . . | 34052 |

(W roku 1911 było 33333 dni szpitalnych).

Na jednego chorego wypada dni szpitalnych: na oddziale chirurgicznym — 27,1; na oddziale wewnętrznym — 23,6; na oddz. obserwacyjnym — 8,1; na oddz. durowym — 21,6; na oddz. błoniczym — 9,4; na oddz. płoniczym — 28,1 dni; przeciętnie w całym szpitalu przypada na jednego chorego — 25,5 dni.

Dzienna ilość chorych wahała się od 67-rga dzieci do 124-rga dzieci; przeciętna dzienna ilość chorych wynosiła 93-je dzieci.

Według wieku przyjęto:

| | | |
|---|---|---|
| 0— 1 r. — 89-ro dzieci | } | 264-ro (20,8%). |
| 1— 2 lat—175-ro „ | | |
| 2— 5 „ —371-no „ | } | 562-je (44,4%). |
| 5— 7 „ —191-no „ | | |
| 7—12 „ —318-ro „ | } | 440-ro (34,8%). |
| 12—14 „ —122-je „ | | |

Według wyznania było: katolików — 768-ro; ewangelików — 143-je; prawosławnych — 21-o; razem: chrześcian — 932-je (73,7%) starozakonnych — 334-ro (26,3%).

Podług miejsca zamieszkania było 1032-je miejscowych (81,5%) i 234-ro zamiejscowych (18,5%).

Ilość dzieci tych samych rodziców, leczonych w szpitalu: przyjęto na tę samą chorobę 23 rodzeństwa po 2-je dzieci; 6 rodzeństw po 3-je dzieci i 2 rodzeństwa po 4-ro dzieci; przyjęto na inną chorobę: 9 rodzeństw po 2-je dzieci; 4 rodzeństwa po 3-je dzieci i 1 rodzeństwo, składające się z 4-rga dzieci; razem przyjęto w 45 rodzinach 106-ro dzieci.

Przyjęcia powtórne: przyjęto na ten sam oddział po raz 2-gi — 45-ro dzieci; po raz 3-ci — 15-ro dz.; po raz 4-ty — 4-ro dz. i po raz 5-ty—2-je dzieci; przyjęto na inny oddział: po raz 2-gi — 21-o dziecko; po raz 3-ci — 13-ro dz.; po raz 4-ty — 1 dz. i po raz 6-ty — 1 dziecko; razem przyjęto powtórnie — 100 dzieci.

Podług działu chorób leczono: z chorobami niezakaźnemi — 717 przypadków (55%); z chorobami zakaźnemi — 638 przyp. (45%), w tej liczbie leczono: 157 przyp. — płonicy; 158 przyp. — błonicy; 41 przyp. — duru brzusz-

n e g o; 32 przypadki — c z e r w o n k i; 7 przyp. — k r z t u ś c a; 56 przyp. — g r u ź l i c y p ł u c; 133 przyp. —g r u ź l i c y i n n y c h n a r z ą d ó w; 12 przyp. — k i ł y i 42 przyp. z r ó ż n e m i chorobami zakaźnemi.

W y n i k i l e c z e n i a: wypisano wyleczonych — 595-ro dzieci (47,2%); z polepszeniem — 363-je dzieci (28,9%); razem wyleczonych i z polepszeniem —958-ro dz. (76,1%); bez polepszenia — 124-ro dz. (9,8%); nieleczonych — 47-ro dz. (3,7%). Zmarło przed 24-ma godzinami — 43-je dzieci, zmarło po 24-rogodzinnym pobycie w szpitalu — 89-ro dzieci (7,0%); zmarło razem — 132-je dzieci (10,4%).

Wyniki leczenia p ł o n i c y były następujące:
wypisano wyleczonych — 83-je (58,8%),
„ z polepszeniem — 20-ro (14,2%),
„ bez polepszenia — 4-ro ( 2,8%),
zmarło przed 24 godz. — 10-ro ( 7,1%) } zmarło razem—34-ro
„ po 24 godzinach — 24-ro (17,0%) } (24,1%).

Według w i e k u d z i e c i p ł o n i c z y c h opuściło szpital:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Od | 0 do 1 roku | ubyło | 5-ro dz , | z czego | zmarło | 1 dz. |
| „ | 1— 2 lat | „ | 14 ro „ | „ | „ | 8-ro dz. |
| „ | 2— 5 „ | „ | 49-ro „ | „ | „ | 15-ro „ |
| „ | 5— 7 „ | „ | 27-ro „ | „ | „ | 3 je „ |
| „ | 7—12 „ | „ | 39-ro „ | „ | „ | 7-ro „ |
| „ | 12—14 „ | „ | 7-ro „ | „ | „ | 1 dz. |

Z p o w i k ł a ń u d z i e c i p ł o n i c z y c h stwierdzono: zapalenie nerek 45 razy (35,9%); zapalenie gruczołów chłonnych — 65 (57,0%); zapalenie ucha środkowego, wzgl. wyrostka sutkowego — 25 (21,9%); zapalenie płuc—4 (3,6%), zapalenie ropne opłucnej — 6 (5,2%).

Wyniki leczenia b ł o n i c y były następujące:
wypisano wyleczonych — 117-ro (75,0%),
„ z polepszeniem — 12-ro ( 7,7%),
„ bez polepszenia — 2-je ( 1,3%),
zmarło przed 24 godz. — 12-ro ( 7,7%),
„ po 24 godzinach — 13-ro ( 8,3%),
„ razem — 25-ro (16,0%).

Wyniki l e c z e n i a b ł o n i c y p o d ł u g p o s t a c i c h o r o b y:

L a r y n g i t i s c r o u p o s a ubyło 119-ro, z czego zmarło 11-ro (9,2%),

L a r y n g. c r o u p. c u m. c o m p l i c. p u l m o n. 28-ro, z czego zmarło 12-ro (49,9%),

A n g i n a d i p h t h e r i t i c a ubyło 5-ro, z czego zmarło 1,
D i p h t e r i a n a s i „ 3-je „ „ 1,
V u l v i t i s d i p h t h e r i t i c a „ 1 „ „ 0.

Wyniki l e c z e n i a b ł o n i c y p o d ł u g w i e k u d z i e c i:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Od | 0 do 1 roku | ubyło | 17-ro dz., | z czego | zmarło | 5-ro dzieci. |
| „ | 1 „ 2 lat | „ | 50-ro „ | „ | „ | 7-ro „ |
| „ | 2 „ 5 „ | „ | 71-o „ | „ | „ | 12-ro „ |

Od 5 do 7 lat ubyło 16-ro dz., z czego zmarło 1-o dzieci.
„ 7 „ 12 „ „ 2-je „ „ „ 0 „

Na ogólną liczbę 147 przypadków dławca krtani było 98 nieintubowanych, z których zmarło 7 przyp. (7,1%) i 49 intubowanych, z których zmarło 16 (32,7%).

---

Kol. Schoenaich, który z dniem dzisiejszym opuszcza Łódź i stanowiska lekarza naczelnego szpitala Anny-Maryi oraz przewodniczącego sekcyi pedyatrycznej, w serdecznych słowach żegna się z kolegami-współpracownikami szpitala. Proponuje przewodniczenie sekcyi czasowo — aż do nowych wyborów — powierzyć kol. Tomaszewskiemu. Wniosek zostaje przyjęty przez aklamacyę.

Kol. Tomaszewski w odpowiedzi kol. Schoenaichowi podnosi jego zasługi dla szpitala Anny-Maryi i sekcyi pedyatrycznej i żegna go niemniej serdecznemi słowy w imieniu wszystkich kolegów szpitalnych. Sekretarz *M. Gromski.*

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE CZĘSTOCHOWSKIE.

### dnia 4-go maja 1913 roku.

Kol. Szaniawski. Wartość rozpoznawcza objawu zastoinowego Rumpel-Leede'go w płonicy.

Dyskusya.

### dnia 25-go maja 1913 roku.

Kol. Biegański. Pokaz: a) dziecka z objawami porażenia na tle choroby Heine-Medin'a; b) dziecka z objawami porażenia mózgowego — po przebytem w pierwszym roku życia zapaleniu mózgu.

Dyskusya.

Rosenfeld. Pokaz 6-cio letniego chłopca z napadami migreny oczoporaźnej.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE KRAKOWSKIE.

### dnia 16-go kwietnia 1913 roku.

Prof. K. Lewkowicz. Odczyt „O zaburzeniach odżywiania u niemowląt".

### dnia 23-go kwietnia 1913 roku.

F. Walter. Pokaz przypadku granulosis rubra nasi (Jadassohn'a) u 12-letniego chłopca.

### dnia 7-go maja 1913 roku.

Kol. Hładij. Pokaz 4-letniego chłopca, operowanego przed trzema miesiącami w klinice prof. Kadera z powodu torbieli trzustkowej (patrz sprawozdanie z d. 19-go lutego r. b.); chłopiec opuszcza klinikę, będąc zupełnie wyleczony.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE LWOWSKIE.

### dnia 11-go kwietnia 1913 roku.

Kol. S. Progulski. Pokaz 6-miesięcznego oseska z dyszeniem wydechowem.

Kol. Br. Sabat. Pokaz roentgenogramu klatki piersiowej w przypadku powyżej wymienionym.

### dnia 14-go maja 1913 roku.

Kol. Sohn. Pokaz przypadku Status lymhaticus hypoplasticus u 17-letniego chłopca (na tle wcześnie nabytej gruźlicy).

### dnia 16-go maja 1913 roku.

Kol. doc. Hornowski. Pokaz:

a) preparatów anatomicznych z t. zw. wrodzoną przepukliną przeponową lewostronną;

b) przypadku zapalenia włóknikowego żołądka u 3-letniego dziecka, zmarłego na błonicę;

c) przypadku zaczopowania naczyń opon miękkich mózgu w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego i ropowicy skóry uwłosionej części głowy u 16-miesięcznego niemowlęcia, zmarłego z powodu wylewów krwawych do opon mózgowych.

## WYDZIAŁ LEKARSKI TOWARZYSTWA PRZYJACIÓŁ NAUK W POZNANIU.

### Posiedzenie z dnia 26-go kwietnia 1913 roku.

Kol. Mieczkowski. Pokaz 14-letniego chłopca, u którego podczas operacyi stwierdzoną została obecność raka kątnicy (*adenocarcinoma coeci*), wgłobionego w poprzecznicę.

### Posiedzenie z dnia 7-go maja 1913 roku.

Pokaz zakładu ortopedycznego im. B. S. Gąsiorowskiego na Bytyniu.

### Posiedzenie z dnia 23-go maja 1913 roku.

Kol. Wierzejewski. Pokaz 14-letniej dziewczynki ze skróceniem kości udowej (roentgenogram wykazuje brak kłykcia środkowego kości udowej).

### Posiedzenie z dnia 13-go czerwca 1913 roku.

Kol. Meissner (w zastępstwie Panieńskiego). Pokaz 14-letniego chłopca z rozedmą płucną z powodu przedwczesnego skostnienia żeber.

*S. Łyskawiński.*

# PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA PEDYATRYCZNEGO POLSKIEGO

---

## Gazeta Lekarska.

Nr. 28. J. Brudziński. Dr. A. Sikorski. Wspomnienie pośmiertne.

Nr. 29 i 30. Dr. H. Higier: Śródbłoniak-piaszczak (Endothelioma psammosus) na dnie III-ej komory i torbiel międzyszypułkowa (cystis interpeduncularis) na podstawie mózgu, naśladujące nowotwór kąta móżdżkowo-mostowego. Zabieg operacyjny.

Autor obserwował 13-letnią dziewczynkę, która zaniemogła śród objawów ciężkiej choroby mózgowej. Obraz kliniczny i przebieg choroby nasunęły rozpoznanie nowotworu kąta móżdżkowomostowego i skłoniły autora do zaproponowania zabiegu operacyjnego. Operacya jednak żadnych wyników pozytywnych nie dała: chora zmarła wkrótce po dokonaniu operacyi śród objawów ciężkiego porażenia oddechania. Badanie pośmiertne wykazało obecność śródbłoniaka piaszczystego na dnie III-ej komory i torbiel międzyszypułkową na podstawie mózgu. Przypadek ten, z wielu względów nadzwyczaj ciekawy, dowodzi, że obraz chorobowy w niektórych nowotworach zależny jest wprawdzie od samego guza, lecz objawy właściwe spowodowane są li tylko przez współtowarzyszące wodogłowie, a w opisanym przypadku zależne są od ograniczonej i ściśle otorbionej zawartości płynu w jednym z kątów mostu Varol'a.

*A. Gruszkiewicz.*

## Medycyna i Kronika Lekarska.

Nr. 29 i 30. H. Rosenblatówna: O odczynach tuberkulinowych skórnych.

Przypominając na wstępie, iż odczyny tuberkulinowe nie są bezwzględnie pewnym probierzem zakażenia gruźliczego, albowiem ujem-

ny wynik odczynu nie oznacza braku gruźlicy, a dodatni bywa niekiedy, chociaż b. rzadko, u osób niegruźliczych, autorka dochodzi jednak do wniosku, iż odczyn gruźliczy, aczkolwiek w istocie swej jeszcze nie zupełnie wyjaśniony, jest sprawą dla ustroju swoistą. W pracy swej autorka kładzie nacisk na dwie rzeczy, a mianowicie, iż: 1) przypadki gruźlicy czynnej oddziaływują na tuberkulinę silniej, 2) ilościowe odczyny skórne nie mają wartości różniczkowo-rozpoznawczej ani prognostycznej (ewent. bardzo małą). *A. Gruszkiewicz.*

## Przegląd Lekarski.

Nr. 27. W. P u ł a w s k i. Leczenie błonicy surowicą swoistą.

Praca niniejsza jest dalszym przyczynkiem do corocznie wydawanych przez autora sprawozdań z własnej praktyki, dotyczących leczenia błonicy surowicą swoistą. W roku 1912-ym P u ł a w s k i leczył 35 przypadków błonicy gardła i krtani surowicą swoistą z pracowni D-ra P a ł m i r s k i e g o i podaje obecnie dane statystyczne co do płci i wieku chorych, dnia choroby, w którym surowica została zastosowaną, ilości i wielokrotności dawek, wysypek posurowiczych i wstrzyknięć powtórnych. Praca zawiera opis kilku cięższych i ciekawszych przypadków. *A. Gruszkiewicz.*

Nr. 36 i 37. J. L a t k o w s k i i K. L e w k o w i c z. Przypadek zarośnięcia osierdzia na tle gruźlicy z charakterystycznymi elektrokardyogramami.

Opis zarośnięcia osierdzia na tle gruźlicy u 9-letniego chłopca, u którego badania elektrokardyograficzne dały wynik szczególnie charakterystyczny. *A. Gruszkiewicz.*

## Lwowski Tygodnik Lekarski.

Nr. 30, 31 i 32. Dr. M. L a t e i n e r-M a y e r h o f e r o w a i Dr. S t. P r o g u l s k i. Spostrzeżenia statystyczne nad sposobem żywienia osesków we Lwowie.

Praca zawiera szereg danych statystycznych i nie nadaje się do streszczenia. *A, Gruszkiewicz.*

# WIADOMOŚCI LECZNICZE I WIADOMOŚCI DROBNE.

═══ J P. Griffith omawia przebieg duru brzusznego u dzieci w wieku do $2^1/_2$ lat. Przedewszystkiem więc zaznacza, że przeważają tu objawy ze strony przewodu pokarmowego; rzadko zdarza się zupełny brak łaknienia; często występuje zaczerwienienie gardzieli; brzuch jest bardziej wzdęty, niż u dzieci starszych; zapalenie oskrzeli nie przybiera groźniejszych rozmiarów; serce działa dobrze. Stan durowy nie jest typowy, wogóle często niema żadnych objawów nerwowych. Przebieg gorączki nie jest również typowy. Różyczka występuje bardzo wcześnie. Odczyn Widal'a jest dodatni. Niema zwiększenia się ilości leukocytów. W moczu często znajdują się: białko i wałki. Smiertelność jest większa, niż u dzieci starszych.

*M. E.*

═══ Wolff spostrzegał dziecko, którego matka, będąc w 5-ym miesiącu ciąży, przeszła energiczną kuracyę salvarsanową. Dziecko było zupełnie donoszone; do $1^1/_2$ mies. nie zdradzało absolutnie żadnych objawów kiły i rozwijało się zupełnie dobrze. Dopiero po $1^1/_2$ mies. wystąpiły objawy chorobowe, które tak prędko się rozwijały, że dziecko w przeciągu niespełna 2 tygodni zmarło. Nie wyciąga autor z tego faktu nieprzychylnego wniosku dla salvarsanu, lecz twierdzi, że u dziecka z kiłą dziedziczną na zasadzie braku widocznych objawów kiły nie możemy wnioskować o ich stanie zdrowia dopóty, dopóki nas odczyn Wassermann'a i badanie promieniami Roentgen'a co do tego nie upewnią. (D. M. W. Nr. 25, 1913).

*K. R.*

═══ Siemerling spostrzega przypadek zapalenia opon mózgowych surowiczego po uprzednio przebytem mieszkowem zapaleniu migdałków u chłopca 15-letniego o dość ciężkim przebiegu, jednak zakończonego pomyślnem zejściem. Stosowano, poza narkotykami, nakłucia lędźwiowe i wcieranie szarej maści.

*K. R.*

═══ Mello Leitao (Rio de Janeiro), stwierdził obecność pasożytów (*trichomonas intestinalis* i *lamblia intestinalis*) w 32 na

54 przypadki krwawej biegunki u dzieci. Ta postać zakażenia jest wogóle częstą u dzieci; przebieg jej jest względnie łagodny. (Br. J. of child. dis. Nr. 2, 1913). *M. E.*

═══ W o l f f podaje opis następującego przypadku tężca u noworodka, wyleczonego surowicą swoistą. Objawy tężca wystąpiły w danym razie na dziewiąty dzień po urodzeniu się dziecka. Wrota zakażenia stanowił zropiały pępek. Stosowano surowicę w ilościach po 100 J. U. przez 3 dni zrzędu i olbrzymie dawki wodnika chloralu, które, obliczone w stosunku do wagi dziecka, wynosiłyby u dorosłego 10—12,5 gr. na dawkę.

Odżywiane było dziecko mlekiem matki, ściąganem zapomocą zgłębnika żołądkowego. Po 7 tygodniach nastąpiło zupełne wyzdrowienie. *K. R.*

═══ B i s c h o f f poleca *Yatren* (Tryen) w proszku do stosowania w b ł o n i c y, jako środek nieszkodliwy dla ustroju, względnie tkanki, na którą zostaje nasypany, a posiadający własności bakteryobójcze. W przypadkach, leczonych obok surowicy swoistej przy pomocy tego środka, udawało się wcześniej uwolnić chorych od zarazków, aniżeli leczonych bez zasypywań, wobec czego autor chce zaliczyć środek ten do arsenału środków zwalczania stałych roznosicieli zarazków. (D. M. W. Nr. 38, 1913). *K. R.*

═══ P a l m e g i a n i leczy różne ropne sprawy skórne u dzieci (pyodermitis, impetigo, eczema i t. p.) przy pomocy pędzlowania chorych miejsc płynem Z i e h l'a (fuksyna karbolowa). Skuteczność działania tej metody, zalecanej przez T r i b o u l e t'a, przypisuje autor: 1) działaniu kw. karbolowego, 2) stałemu działaniu czerwonego światła na chore miejsca, zabarwione fuksyną. (La Pediatria, Nr. 7, 1913). *M. E.*

═══ P a u l i stosował *chineonal* w dawkach po 0,05 do 0,2—2 do 3 razy dziennie w k r z t u ś c u i otrzymywał przedewszystkiem zmniejszenie się ilości napadów kaszlu w nocy, przez co sen dzieci się poprawia, a przez to następnie poprawę stanu ogólnego. O ile środek podawany był przez dość długi okres czasu, wtedy i sam krztusiec był przezeń uleczony. *K. R.*

═══ W przypadkach rozdęcia kości (spina ventosa) K l a r a K e n n e r k n e c h t stosowała z powodzeniem m a ś ć p i r o g a l l o l o w ą. Zasady postępowania są następujące: przedewszystkiem należy obmyć chory palec wodą mydlaną w ciągu półgodziny, poczem już można stosować będącą w mowie maść, przechodząc stopniowo od przetworów mocniejszych do słabszych (10%—5%—2%). Leczenie powyższe, zdaniem autorki, daje wyniki dobre, nie tylko w świeżych lecz i w zastarzałych, zapuszczonych przypadkach obfitego ropienia i wydzielania się martwaków: te ostatnie rozchodziły się pod wpływem działania maści piragololowej, czyniąc zbytecznem stosowane dawniej leczenie chirurgiczne. Leczenie zachowawcze, połączone ze stosowaniem m a ś c i p i r o g a l l o l o w ej, prowadzi do zupełnego restitutio ad integrum. Czas trwania leczenia w świeżych przypadkach wynosi od 3 do 4 miesięcy, w zastarzałych, obfitujących w przetoki, koło roku. *M. M.*

═══ T a y l o r wytwarza w przypadkach zesztywnienia stawów nowe stawy przy pomocy wosku różnego gatunku. Opisuje 4 chorych, których stawy są obecnie zupełnie ruchome. (Sprawozd. z posiedz. tow. ped. w Filadeflii z d. 14 listopada 1911 r.). *M. E.*

═══ G o l d z i e h e r leczy r z e ż ą c z k o w e z a p a l e n i e ł ą c z n i c u dzieci za pomocą pary o t$^0$, wynoszącej mniej więcej 45—52$^0$ C z bardzo dobrym wynikiem. (Arch. of opht. T. XXXII). *M. E.*

═══ N e u b a u e r stosuje przy p ę k n i ę c i u b r o d a w e k 10% maść E u g u f o r m o w ą (sprzedawaną w tubkach przez chemiczną fabrykę Güstrov w Güstrov), którą nakłada cienką warstwą na sutki i pokrywa czystą gazą. Przed karmieniem należy maść zetrzeć na sucho, potem zmyć rozcieńczonym wyskokiem. (D. M. W. Nr, 49, 1913). *K. R.*

═══ N o t t e b a u m poleca stosowanie jodyny do wewnątrz przy krwotokach w przebiegu d u r u b r z u s z n e g o, jak również i w silnem rozwolnieniu podczas tejże choroby. Zarówno rozwolnienie, jak i krwotoki, a także i stan ogólny durowy znacznie się poprawiają. Stosuje on jodynę w następującej postaci:

T-rae jodi gtts XXV
Natri jodati 0,1
Aq. Menth. pip.
Syr. simpl. $\overline{aa}$20,0
Aq. dest. ad 200,0

S. podawać w początku co $^1/_2$ godziny, potem co 1—2 godz. po 5—15 ctm.$^3$ zależnie od wieku. (D. M. W. Nr. 49, 1913). *K. R.*

═══ W e h n e r podaje nowy sposób stosowania Larosanu, a mianowicie: stosuje on Larosan, rozpuszczany nie w mleku, a w herbacie lub kleiku. W tym celu 40 gr. Larosanu rozrabia się niewielką ilością zimnej wody, poczem przy ciągłem mieszaniu dodaje się stopniowo litr gotującej się herbaty lub kleiku. Tę herbatkę lub kleik z Larosanem podawał autor pierwszego dnia z bardzo dobrymi wyni. kami. Już na drugi dzień dzieci te znosiły dobrze Larosan w mleku, który był podawany w odpowiednich ilościach. (D. M. W. Nr. 44, 1913 r.) *K. R.*

═══ E l s a F r a n k stosowała w klinice G o e p p e r t'a serwatkę w przypadkach nieżytu jelit o charakterze czerwonki (Ruhrartig), otrzymując bardzo dobre wyniki, a mianowicie: przedewszystkiem poprawę ogólnego stanu dziecka, powstrzymanie dużych strat na wadze, zmniejszenie się ilości wypróżnień i poprawę ich wyglądu. Szczegóły metody znaleźć można w artykule, zamieszczonym w Jahrb. f. Kind. T. 77. Z. 2 i 3. *K. R.*

═══ H o f f a zaleca stosowanie P e l l i d o l u lub A z o d o l e n u w przypadkach wyprysku u osesków i D e r m a t i t i s p a p u l o-v e s i c u l o s a g l u t a e a l i s i n f a n t u m w postaci 2$^0/_0$ maści (D. M. W, Nr. 25, 1913). *K. R.*

═══ Jopson uważa za bezwzględnie konieczne usuwanie gruczołów chłonnych na szyi, znajdujących się w stanie gruźlicy czynnej. W przypadkach tych leczenie tuberkuliną daje wyniki wątpliwe, zaś naświetlanie promieniami X nie leczy doszczętnie, natomiast wywołuje zrosty, które utrudniają później zabieg operacyjny (Arch. of Ped. Nr. 8, 1913). *M. E.*

═══ Edelmann i Müller-Deham piszą o pierwszych próbach stosowania nowego środka leczniczego, będącego połączeniem srebra z błękitem metylenowym (wyrabianego w firmie E. Merck'a w Darmsztacie) — w przypadkach zarówno zakażenia ogólnego (posocznica, ropnica, gościec stawowy z powikłaniami i t. d.), jak i miejscowego (czyraczność, zapalenie płuc, rzeżączka i t. d.). Doświadczenie posiadają autorzy jeszcze niewielkie, jednakowoż zachęcające do dalszych prób. (D. M. W. Nr. 47, 1913). *K. R.*

═══ Maier zastosował w przypadku padaczki, która wywołała niedokrwistość pacyentki, preparat arsenowy Elarson, który podziałał dodatnio nie tylko na ogólny stan chorej, lecz i na same napady, które się stały znacznie rzadszymi. Z tego względu poleca autor środek ten do dalszych prób w przypadkach padaczki. (D. M. W. Nr. 35, 1913). *K. R.*

═══ Za najskuteczniejszy środek zapobiegawczy przeciwko szerzeniu się błonicy Sobernheim uważa walkę z roznosicielami zarazków. W szkołach, szpitalach i wogóle wszędzie, gdzie dzieci i dorośli stykają się ze sobą, należy wyszukiwać przy pomocy badania bakteryologicznego i izolować osobniki, których jama nosowo-gardzielowa zawiera laseczniki Loeffler'a. Skierowywane przeciw żądaniom prowadzenia walki z roznosicielami zarazków zarzuty, a mianowicie: iż laseczniki, niezjadliwe dla wykazującego je osobnika, nie mogą być również źródłem zakażenia dla otoczenia, oraz że roznosiciele zarazków, którym zabroniono uczęszczania do szkoły, mają tem więcej czasu i sposobności do stykania są z innemi dziećmi poza szkołą i t. p., — upadają wobec znakomitych wyników praktycznych walki z roznosicielami zarazków, otrzymanych we wszystkich przypadkach, gdzie ten środek stosowano. *H. R.*

═══ Na posiedzeniu Charkowskiego Towarzystwa specyalistów chorób skórnych i moczopłciowych w dniu 9. XI. 1912. K. K. Parfenienko referował o niepłciowem zarażaniu się kiłą w związku z karmicielstwem. Opierając się na danych obszernego piśmiennictwa oraz na danych statystycznych i wynikach spostrzeżeń własnych, mówca przedstawił jaskrawy obraz syfilizacyi wsi rosyjskiej, zależny od wysoce wadliwej opieki nad podrzutkami w ziemstwach. Według danych referatu, bardzo duża odsetka dzieci-podrzutków jest zarażona kiłą. Ziemstwa, oddając na wieś na wychowanie dzieci syfilityczne, są czynnymi winowajcami syfilizacyi ludności wiejskiej. We wsiach, w których znajduje się na wychowaniu dużo dzieci z domów podrzutków, nie tylko kobiety karmiące, ale i ich rodziny, a nawet sąsiedzi zarażają się kiłą. W ten sposób wytwarza się

obraz płatnej za 3—4 rubli miesięcznie syfilizacyi. Kiła we wsiach, według słów referenta, z każdym rokiem przyjmuje coraz bardziej zastraszające rozmiary, i lekarze zmuszeni się często stwierdzać smutny fakt zarażania się ludności wiejskiej kiłą, pochodzącą ze wsi. Po wyczerpującej dyskusyi zebranie doszło do następujących wniosków:

1-o. Wydawać dzieci na wychowanie należy nie wcześniej, niż w 3-im miesiącu życia.

2-o. Wydawanie dzieci karmicielkom i stały bezpośredni nadzór nad zdrowiem dzieci powinien być w rękach lekarzy.

3-o. Należy baczniejszą uwagę zwracać na podrzutków, przyczem lekarz-pedyatra winien konsultować z lekarzem specyalistą chorób wenerycznych.

4-o. Należy stosować odczyn Wassermann'a u wszystkich dzieci, oddawanych na wychowanie na wieś.

5-o. Należy zabronić wydawania dzieci z przytułków na wieś na pokarm sztuczny.

6-o. Należy bacznie oglądać mamki, przyjmowane do karmienia dzieci i kilkakrotnie stosować u nich odczyn Wassermann'a.

7-o. Należy bezwzględnie zabronić wydawania dzieci syfilitycznych na wieś, natomiast trzeba urządzić dla nich specyalne schroniska.

8-o. Byłoby pożądaną rzeczą, aby do 3-ego miesiąca życia dziecko karmiono w przytułku wyłącznie mlekiem pasteryzowanem

9-o. Mamki powinny karmić tylko zdrowe dzieci.

10-o. Praktykowane obecnie leczenie niemowlęcia syfilitycznego razem z matką syfilityczną w jednym szpitalu nie ma racyi bytu i nie powinno być dozwolone.

11-o. We wsiach, gdzie są dzieci z przytułków na wychowaniu, należy oglądać wszystkich mieszkańców i zaprowadzić kontrolę nad syfilitykami.

12-o. Należy sporządzać sprawozdania z przytułków i miejscowości, gdzie znajdują się dzieci na wychowaniu, przyczem syfilityków należy zapisywać według systemu kartkowego, co winno być polecone biurom sanitarnym.

13-o. Należy szeroko otworzyć podwoje przytułków dla dzieci — podrzutków, wprowadzając przyjmowanie jawne, i nieść pomoc matkom, pragnącym karmić dzieci swe własną piersią.

Towarzystwo postanowiło zwołać wspólne zebranie członków towarzystw dermatologicznego i pedyatrycznego i zaprosić znawców prawników, w celu wyczerpującego omówienia kwestyi uregulowania opieki nad dziećmi porzuconemi. *J. L.*

# WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

═══ W okresie czasu od 15-go września do 15-go października zanotowano 785 przypadków płonicy z śmiertelnością, wynoszącą 133 przyp. (16,94%); od 15 go zaś października do 15-go listopada—756; śmiertelność wyniosła w tym okresie 132 przyp. (17,46%).

*S. Ł.*

═══ W szpitalu dla dzieci im. Karola i Maryi w okresie czasu od dnia otwarcia, t. j. 8 listopada do 29 listopada 1913 r. przyjęto z chorobami zakaźnemi 44 dzieci; a mianowicie: 1 przyp. — odry) 22 przyp.—płonicy, 4 przyp.—błonicy; 3 przyp —duru brzusznego, 1 przyp.—biegunki krwawej, 9 przyp.—gruźlicy płuc i innych narządów, 3 przyp.—zapalenia płuc.

Do ambulatoryum szpitala im. „Karola i Maryi" dla dzieci, zgłosiło się w tym okresie czasu 17-ro dzieci, dotkniętych chorobami zakaźnemi, a mianowicie: odrą—6-ro dzieci, płonicą 2-je, krztuścem—8-ro i ospą wietrzną—1.

W okresie od 30/XI do 13/XII 1913 r. przyjęto 14-ro dzieci, dotkniętych chorobami zakaźnemi, a mianowicie: 4 przyp.—płonicy, 1—odry, 4—błonicy, 1—duru brzusznego, 1—czerwonki, 1—zapalenia płuc, 2—zapalenia opon mózgowych pochodzenia gruźliczego.

W ambulatoryum w tym samym okresie czasu przyjęto 17-ro dzieci z chorobami zakaźnemi, a mianowicie: 4 przyp.—płonicy, 4—odry i 9—krztuśca.

═══ Dla uczczenia pamięci ojca ś. p. Feliksa Brudzińskiego złożyły dzieci kwotę 5,000 rb., przeznaczając ją na wydanie dzieła zbiorowego z zakresu pedyatryi z uwzględnieniem rozpoznawania i leczenia chorób dzieci, pielęgnowania dziecka w zdrowiu i w chorobie, w domu i w szpitalu, wychowania fizycznego i psychicznego oraz hygieny dziecka.

═══ W d. 13-ym i 14-ym grudnia 1913-go roku w Poznaniu odbył się obchód 25-letniego jubileuszu istnienia „Nowin lekarskich", organu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk w Poznaniu. W uroczystości brali udział liczni goście, przedstawiciele obu naszych uniwersytetów, prasy lekarskiej i towarzystw lekarskich polskich.

*S Ł.*

═══ Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie przedłużyło umowę z wydziałem krajowym na kilka jeszcze lat, jak również traktuje z rządem w sprawie dalszego pomieszczenia w szpitalu Ś-go Ludwika uniwersyteckiej kliniki pedyatrycznej.

—— Staraniem grona prymaryuszy szpitala powszechnego we Lwowie odbyły się w okresie czasu od 11-go do 20-go grudnia ubiegłego 1913-go roku kursy uzupełniające dla lekarzy.

—— Następny zjazd pedyatrów francuskich odbędzie się we wrześniu r. 1914-go w Lyonie. Prezesem zjazdu obrany został dr. M. Weill, profesor uniwersyteckiej kliniki dziecięcej w Lyonie.

Na porządku dziennym znajdują się następujące tematy główne:

1) Zanik u niemowląt.

2) Późna krzywica. *S. Ł.*

—— Dr med. Antoni Śmiechowski został mianowany ordynatorem etatowym, dr Ludwik Bondy — ordynatorem nadetatowym — obaj w Domu Wychowawczym przy szpitalu Dz. Jezus.

Tytuł profesora nadzwyczajnego przy katedrze chorób dziecięcych otrzymali:

Dr O. Cozzolino — w uniwersytecie w Cagliari (Sardynia).

Dr A. Longo — w uniwersytecie w Katanii (Sycylia).

Dr D. Pacchioni — w uniwersytecie w Genui.

Profesorem ortopedyi w uniwersytecie w Bolonii mianowany został dr V. Putti.

Docentem ortopedyi w uniwersytecie w Neapolu mianowany został dr C. Pellegrino. *S. Ł.*

—— Dowiadujemy się ku wielkiemu naszemu zadowoleniu, że na ostatniem posiedzeniu Zarządu szpitala dla dzieci przy ul. Kopernika został wybrany na stanowisko lekarza naczelnego nasz współtowarzysz pracy, kol. W. Rodys. Na tem nowem a odpowiedzialnem stanowisku życzymy naszemu koledze powodzenia w pracy.

—— Kol. Lateiner-Mayerhofer'owa objęła streszczenia prac polskich do Zeitschrift für Kinderheilkunde i prosi za naszem pośrednictwem autorów polskich o przysyłanie jej odbitek prac pod adresem: Wien, Bz. 9, Lasaretgasse 14 K. K. Kinderklinik, Herrn Dr Mayerhofer. *T. K.*

## Zmarli:

—— Dr Ant. Arraga (w 57-ym r. życia), dyrektor szpitala dziecięcego w Buenos-Aires, znany z licznych prac z zakresu pedyatryi.

—— Dr. R. Guaita (w 60-tym r. życia), założyciel i dyrektor szpitala dziecięcego w Medyolanie. Poza całym szeregiem prac z dziedziny pedyatryi zasłużył się krajowi przedewszystkiem wprowadzeniem ulepszeń w zakresie hygieny dziecięcej.

—— Dr. Fr. Egidi (w 62-gim r. życia), laryngolog; zasłużył się pedyatryi włoskiej swemi badaniami nad intubacyą, którą znacznie udoskonalił. *S. Ł.*

---

Do zeszytu niniejszego dołącza się:

1) ogłoszenie: „Przetwory lecznicze Magistra H. Klawe".

2) „ „Arsoferrin-Tektolettes".